

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

19

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ROBERT FÉCAN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ex-Interne des Hôpitaux d'Amiens

Né à Laneuville-les-Bray (Somme) le 12 Octobre 1906

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Ostéo-Arthropathies de la Hanche

PAR

Syphilis héréditaire tardive

DIAGNOSTIC AVEC L'OSTÉOARTHRITE TUBERCULEUSE

Président : M. OMBRÉDANNE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1931

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ROBERT FÉCAN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ex-Interne des Hôpitaux d'Amiens

Né à Laneuville-les-Bray (Somme) le 12 Octobre 1906

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Ostéo-Arthropathies de la Hanche

PAR

Syphilis héréditaire tardive

DIAGNOSTIC AVEC L'OSTÉOARTHRITE TUBERCULEUSE

Président : M. OMBRÉDANNE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1931

LE DOYEN. . . . M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	N...
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÆPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.	LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
AUBERTIN. Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.	LEMAITRE. Oto-rhino-laryngologie.
BINET. Physiologie.	LEROUX. Anatomie pathologique.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.	LEVEUF. Pathologie chirurgic.
BROCQ. Pathologie chirurgicale.	LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
BRULÉ. Pathologie médicale.	LIAN. Pathologie médicale.
CADENAT. Pathologie chirurgicale.	MERCIER (Fern.) Pharmacologie.
CATHALA. Pathologie médicale.	MILLOT. Histologie.
CHABROL. Pathologie médicale.	MONDOR. Pathologie chirurgic.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.	MOREAU. Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.	MOULONGUET. Pathologie chirurgic.
DOGNON. Physique.	MOURE. Pathologie chirurgic.
DONZELOT. Pathologie médicale.	MULON. Histologie.
ÉCALLE. Obstétrique.	OBERLING. Anatomie pathologiq.
FEY. Urologie.	OLIVIER. Anatomie.
GARNIER. Pathologie expérimentale.	PIÉDELIÈVRE. Médecine légale.
GASTINEL. Bactériologie.	PORTES. Obstétrique.
GATELLIER. Pathologie chirurgicale.	QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
GIROUD. Histologie.	RICHET. Physiologie.
HARVIER. Pathologie médicale.	SÉZARY. Dermatologie et syphiligraphie.
HOVELACQUE. Anatomie.	VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie médicale.
HUTINEL. Pathologie médicale.	VAUDESCAL. Obstétrique.
JOANNON. Hygiène.	VELTER. Ophthalmologie.
JOYEUX. Parasitologie.	VERNE. Histologie.
	VIGNES. Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
BUSQUET. Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
GUÉNIOT. Obstétrique.	REITTERER. Histologie
LEQUEUX. Obstétrique.	ZIMMERN. Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL. . . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale	METZGER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LE LORIER.	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de mon immense affection

A MON FRÈRE

INTERNE DES HOPITAUX D'AMIENS

A TOUS MES PARENTS

A MON AMI LE DOCTEUR TOUSSAINT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR OMBREDANNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu me faire l'honneur
de présider ma thèse.*

A MES JUGES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. LE DOCTEUR SOURDAT

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
CHEF DU SERVICE DE CHIRURGIE INFANTILE
DES HOPITAUX D'AMIENS

Témoignage de profonde gratitude.

A M. LE DOCTEUR L. DEVRAIGNE

CHEF DE SERVICE A LA MATERNITÉ
DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

A MM. LE DIRECTEUR ET LES PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'AMIENS

Historique et Introduction

Les arthropathies de la syphilis héréditaire sont loin de constituer une question récente. Depuis les mémorables travaux d'Alfred Richet (1853), puis de Lancereaux, Fournier, une foule d'auteurs tant syphiligraphes que chirurgiens orthopédistes ont apporté leur contribution à cette étude. Nous citerons les thèses de Méricamp, Defontaine. Les travaux d'un auteur Anglais, Clutton, qui en 1886, décrit magistralement la forme peut-être la plus fréquente de la syphilis héréditaire : l'hydarthrose bilatérale des genoux, forme qui présente une telle individualité clinique que le diagnostic n'en présente généralement pas grande difficulté. Enfin, en 1905, la thèse de Fouquet constitue une merveilleuse mise au point de la question. Cependant, parmi tant de travaux, dont nous n'avons fait que citer les plus remarquables, nous avons été quelque peu surpris de constater la place restreinte réservée à la syphilis héréditaire coxo-fémorale, alors que celle des genoux est surabondamment décrite. Il nous faut, en effet, remonter à la thèse de Charry en 1925, pour trouver la première étude de ces arthropathies.

Les auteurs, en effet, s'accordent généralement pour la considérer comme une localisation exceptionnellement rencontrée. Sur 40 observations Fournier ne la signale que deux fois. Nous pensons que cette rareté est beaucoup plus apparente que réelle, si nous considérons la facilité avec laquelle la syphilis passe inaperçue au niveau de la hanche : nos observations ont, en grande partie, été l'objet d'erreurs de diagnostic.

L'articulation coxo-fémorale, surtout si nous la comparons à celle du genou, est l'une des plus difficiles à explorer; bien souvent sa pathologie ne se dévoile qu'après avoir minutieusement analysé des symptômes souvent indirects de la lésion articulaire. Le genou, au contraire, articulation superficielle est autrement plus facile à palper, le moindre épanchement, gonflement, épaissement apparaît avec tant de netteté qu'il n'a point échappé à la vue du malade lui-même. La syphilis héréditaire permettant assez souvent un fonctionnement indolore de l'articulation atteinte, on comprend facilement que nombre de cas et surtout avec altérations minimales des surfaces articulaires puissent passer inaperçus.

Si, comme il est fréquent de le constater, l'A. H. Σ évolue d'une façon solitaire, non accompagnée d'un cortège de stigmates qui « crèvent les yeux par leur grossièreté » ; si, l'enquête familiale si souvent entachée d'obscurités n'éveille quelques soupçons, on ne pense pas à elle, et l'on concentre au contraire

son attention sur l'affection qui, en clinique, absorbe en grande partie la pathologie de la hanche : l'ostéoarthrite tuberculeuse.

D'ailleurs, il y a longtemps que les chirurgiens orthopédistes de Berck ont pressenti le rôle plus ou moins occulte, joué par l'H. Σ dans certaines ostéoarthrites, tout d'abord étiquetées tumeurs blanches et dont l'évolution souvent écourtée ou d'allure remarquablement bénigne les avait intrigués au point de leur attribuer le terme de tumeurs blanches scrofuleuses.

L'association de la tuberculose et de la syphilis est d'ailleurs connue ; cette dernière pouvant constituer un point d'appel et préparer le terrain pour le développement de la première. Nous ajouterons encore qu'il s'agit généralement et surtout au niveau de la hanche d'une hérédo-syphilis atténuée et par là même, d'autant plus difficile à dépister.

Nous avons pensé faire œuvre utile en essayant de mettre en valeur le rôle que revendique l'hérédo-syphilis au niveau de la hanche, surtout à une époque où la pathologie de cette articulation est l'objet d'une révision. L'atteinte fréquente d'une seule articulation, la difficulté d'un diagnostic précoce prend à nos yeux un intérêt suffisant pour être l'objet d'une étude

Observations

OBSERVATION I

(Personnelle)

B... Gilbert, garçon de 4 ans, amené le 15 décembre 1929 à la consultation de l'Hôtel-Dieu, pour douleurs dans le membre inférieur droit survenant la nuit et pour fatigabilité particulière à la marche. La fatigue apparaît, en effet, après un parcours d'une cinquantaine de mètres ; sa mère raconte que chaque fois l'enfant se met à pleurer et qu'elle est obligée de le porter pour lui éviter une chute. L'enfant est montré d'abord à un premier médecin qui impose huit jours de repos au lit. Cette épreuve ne donne aucune amélioration : le même trouble se reproduit dès qu'on permet à l'enfant de se lever. Il paraît jouir d'un état général excellent ; il n'a eu jusqu'à présent aucune maladie sérieuse. Les antécédents héréditaires ne présentent rien à retenir : fils unique, aucune fausse couche, parents en bonne santé.

L'examen physique met en évidence : une claudication nette du côté droit, un allongement apparent de 1 cm. environ du membre inférieur droit, une limitation de la flexion, de l'extension, de l'abduction, de l'hypotonie des muscles fessiers et des muscles de la cuisse ; aucune douleur à la pression du trochanter, au niveau de la tête et du col fémoral, ni à la percussion du talon ; pas de ganglions cruraux, ni iliaques. On pense tout d'abord à un début de coxalgie. Une radiographie

des deux hanches ne révèle rien de pathologique. On pratique ensuite une cuti-réaction à la tuberculine deux fois à huit jours d'intervalle, qui chaque fois est négative. La négativité (toute cause anergisante éliminée) fait penser à une hérédosyphilis possible. On recherche les stigmates et l'on découvre uniquement un petit ganglion sus-épitrochléen bilatéral, dur et roulant sous le doigt. Aucune trace de plaie infectée pouvant l'expliquer. Le B.-W. se révèle fortement positif. L'enfant est soumis aussitôt au traitement : tous les troubles pathologiques disparaissent complètement.

OBSERVATION II

(Due à l'aimable obligeance du D^r Andrieu, de Berck)

Une jeune fille de 16 ans, habitant Fontainebleau, est adressée en 1912 au D^r Andrieu pour coxalgie gauche. A l'examen, légère douleur à la pression de la tête fémorale, un peu de gêne des mouvements, très légère atrophie musculaire, ni ganglions, ni abcès, ni limitation des mouvements. La radio est celle d'une hanche normale. Une consultation a lieu avec le D^r Ménard, à la suite de laquelle on conclut à l'absence de coxalgie et l'on permet la marche. Celle-ci se manifeste pénible. La malade est incapable de faire un trajet supérieur à une centaine de mètres. A ce moment, l'examen décelé de la limitation des mouvements avec contracture et de la douleur. Mais tout rentre dans l'ordre après 1 heure de repos. Après un séjour de 3 mois (juillet-août-septembre 1912) à Berck, aucun changement dans son état : la malade n'a été seulement qu'immobilisée. De retour à Fontainebleau, son médecin continue à la considérer comme coxalgique, si bien qu'il la renvoie l'année suivante, en 1913, avec une note où il disait : « Qu'attendez-vous pour plâtrer ? »

En effet, toujours la même symptomatologie : douleur et arrêt après un parcours de 100 m., repos calmant la douleur. Mais cette fois, à la demande de la famille, et malgré la négation de la coxalgie, on fait un grand plâtre. Deux mois après, en septembre, on enlève le plâtre, on découvre alors une hydarthrose bilatérale. On apprend que la malade avait eu vers l'âge de 3 à 4 ans, deux poussées douloureuses au niveau des genoux. Devant cette hydarthrose, dont l'étiologie ne faisait aucun doute, on prescrit un traitement mercuriel. On apprend ensuite que la grand'mère dont le mari était mort « à la suite d'un traitement mercuriel analogue », disait-elle, avait mis sa petite-fille en garde contre le danger des injections mercurielles. Un autre renseignement précieux vient confirmer la suspicion d'H. Σ de 2^e génération : la tante de la jeune fille était atteinte de surdité avec kératite interstitielle. Le père et la mère au contraire ne présentent rien de suspect.

OBSERVATION III

(Bénazet : Thèse de Paris)

D..., 10 ans, soigné à 7 ans, pour coxalgie droite, a été plâtré pendant 6 mois à la suite de la constatation du syndrome clinique de coxalgie. Mais au bout de cette période, les mouvements reprennent toute leur étendue. En raison d'absence d'adénopathies et du retour de la tonicité musculaire, on doute du diagnostic de coxalgie et malgré un certain degré d'atrophie musculaire fessière et fémorale, on permet quelques mouvements, puis la marche. Guérison paraissant confirmée après 8 à 9 mois, on écarte définitivement le diagnostic de coxalgie. L'enfant, florissant de santé, revenait chaque année à Berck passer l'été, lorsqu'éclatèrent de nouveaux accidents pathologiques.

Sur le côté gauche du front, à 1 cm. au-dessus de la bosse frontale, petite tumeur ramollie et fluctuante. Incision (un médecin ayant pensé avoir affaire à un kyste). Il reste un petit trajet fistuleux, dont l'orifice externe bourgeonnait et dont on sentait sous la peau mobile le cordon qui l'unissait aux plans profonds. En même temps, vers la partie moyenne de l'avant-bras gauche, sur la face postérieure, se développait une nouvelle collection immédiatement en regard de la face superficielle du cubitus. A la radio, le cubitus porte un fuséau diaphysaire du type habituel, hyperostose située exactement en regard de la tuméfaction des parties molles.

TRAITEMENT : L'aspect des lésions actuelles, la notion antérieure d'une fausse coxalgie firent considérer l'enfant comme atteint de Σ osseuse. Au bout de 15 jours de traitement, la fistule frontale se tarit, la gomme cubitale cesse de s'accroître et tend à diminuer. Après 3 mois, volume d'une noisette, et à la fin du mois suivant, un léger épaissement de la région malade, dû sans doute autant à l'induration des parties molles qu'à l'état de l'os lui-même.

OBSERVATION IV

(Charry, Thèse de Toulouse)

C... Marguerite, 16 ans, entrée le 6-2-1923 pour boiterie et douleurs dans les deux articulations coxofémorales, surtout gauche.

A. H. : Père, boîte comme un luxé bilatéral ; mais examen impossible, aurait eu des rhumatismes à 3 ans ? Mère aurait eu des fausses couches.

A. C. : Frères et sœurs en bonne santé.

A. P. : Rien à retenir ; n'a jamais boité ou souffert antérieurement.

M. A. : Début : il y a six mois : gêne, douleur au niveau des articulations coxofémorales surtout à gauche. Boiterie légère plus accusée le soir ; gonflement et légère douleur aux genoux (hydarthrose qui cède d'elle-même), troubles de la marche s'accroissent, douleurs légères persistent.

EXAMEN A L'ENTRÉE : Taille grêle, pâle, anémiée. Au lit : membres inférieurs graciles, hypotonie des muscles de la cuisse ; pas de douleur bien précise au niveau de la tête fémorale en place normale, ou du trochanter dont les rapports sont normaux ; pas de ganglions. Flexion normale, abduction limitée surtout à droite ; léger choc rotulien bilatéral, micro-polyadénopathie.

Debout : Ascension de l'épine I. A. S. gauche si on rétablit l'horizontalité dans la ligne biiliaque, le membre inférieur gauche se met en flexion légère (allongement du membre).

Marche : En canard comme un luxé bilatéral. Cependant têtes en place. Déhanchement très net.

Dentition, yeux, oreilles : état normal.

Légère hydarthrose.

RADIO : La 1^{re} radiographie peu nette avait fait croire à une coxalgie gauche en raison de la déminéralisation intense qu'elle traduisait et du flou des contours osseux.

En réalité : lésions bilatérales, mais difficiles à apprécier ; on a l'impression d'os très décalcifiés : cliché gris ; c'est à peine si les contours osseux se distinguent des masses musculaires. Interligne normal. Pas d'ascension de la tête fémorale, comme le montre le cintre cervico obturateur ; au contraire, la ligne cervicale semble être plus basse que le cintre obturateur. On devine une ébauche de taches claires ?

Nouvelle radio à quelques jours, diaphragmée et centrée sur les têtes fémorales. Les deux hanches semblent normales, les seules particularités sont le peu de netteté des ombres osseuses. On a l'impression d'os très calcifié. Cintre cervico obturateur légèrement altéré. Il semble y avoir un abaisse-

ment de l'extrémité supérieure du fémur ou mieux hypertrophie de cette extrémité. Contours du sourcil cotyloïdien mal limités. Radiographie analogue aux précédentes.

B.-W. +. Traitement : sulfarsenol.

14-4-23 : Boiterie a diminué, peu apparente, douleur a disparu, pas de gêne des mouvements, déhanchement persiste moins apparent ; lordose légère, corps déjeté en arrière. Radio : récalcification marquée. Ebauche de taches claires dans la zone voisine du cartilage de conjugaison et dans la zone externe de la calotte épiphysaire. Envoyée à Hendaye où elle doit continuer son traitement, meurt en été 1923 de bronchopneumonie.

OBSERVATION V

(Thèse de Mozer, Paris 1917)

T... Nestor, âgé de 35 ans, entré à l'Hôpital Maritime en octobre 1916. Réformé en 1903 pour lésion de la hanche datant de l'enfance. Repris service armé en 1915, traîne ensuite de conseils de réforme en dépôts jusqu'à son arrivée au centre de Physiothérapie de Berck. Il dit avoir été soigné d'abord à l'Hôpital Maritime en 1891 pour une arthrite coxofémorale droite, étiquetée coxalgie. Il avait, en outre, des gommes fistulisées de la cuisse droite et des ganglions cervicaux. Il n'a été ni plâtré, ni immobilisé à cette époque. La lésion n'aura donc pas été considérée comme une coxalgie. Cependant, depuis cette époque T... N... a toujours marché difficilement, boitant rapidement au cours d'une marche un peu longue et souffrant de la hanche par intermittences.

A L'ARRIVÉE : On constate trois cicatrices de fistules déprimées, adhérentes, étagées le long de la face antéro-externe de la cuisse droite, depuis la région trochantérienne jusqu'à un

travers de main au-dessus du bord supérieur du condyle externe. Pas de tuméfaction de la hanche, mais limitation douloureuse des mouvements de flexion qui n'atteignent pas l'angle droit. Hyperextension limitée, de même l'abduction, l'adduction, la rotation. Cuisse atrophiée de 2 cm., fémur allongé de 1 cm. et demi.

Radio négative, pas de pincement articulaire ni dystrophie du fémur. T... N... déclare n'avoir jamais eu d'accidents Σ .

B.-W. + +. Série de néosalvarsan. B.-W. + + + en fin de série.

4-1-1917 : Amélioration considérable des symptômes : marche facile, flexion de la hanche atteint 50°. Hyperextension reste limitée, tous les autres mouvements sont libres. T... N... est versé dans l'auxiliaire.

OBSERVATION VI

(Th. de Mozer)

A... Juliette, 18 ans, entrée en mars 1916 à l'Hôpital Maritime pour tumeur blanche du cou-de-pied droit.

A l'entrée : 1° Ostéoarthrite tibiotarsienne et sous-astragalienne ancienne datant de 9 ans. En 1908, on ponctionne un abcès de la région sous-malléolaire externe. 1^{er} séjour à l'Hôpital Maritime en 1910. A l'arrivée, tuméfaction péri-achilléenne et péri-malléolaire externe ; limitation considérable de tous les mouvements de la tibio-tarsienne, sous-astragalienne clouée, pied droit moins long que le gauche de 2 cm. Membre inférieur droit très atrophié, mais allongé de 1 cm. et demi. Mensuration du fémur : allongement de 2 cm., tibia raccourci de un demi cm. 2° Interrogée, elle raconte qu'elle a souffert de la hanche droite à plusieurs reprises ; l'exploration de la hanche ne révèle aucune tuméfaction, mais de la limitation

des mouvements de flexion et d'hyperextension, la rotation, l'abduction, l'adduction sont libres, pli fessier droit abaissé, fesse droite hypotonique.

3° Douleurs au poignet droit spontanément, en dehors des mouvements.

4° Mauvais état général, pâle, amaigrie.

RADIO. — 1° Cou-de-pied : Ostéite astragalienne, contours flous, irréguliers, mal délimités, zone centrale plus sombre, architecture trabéculaire complètement modifiée. Pincements articulaires tibiotarsien et sous-astragalien. L'épiphyse inférieure du tibia est plus longue de 2 cm. que celle du tibia gauche. Aspect nettement en faveur de la tuberculose.

2° Hanche : renseignement négatif, aucune modification de la couronne et du centre.

3° Fémurs : A première vue, le fémur gauche paraît hyperostosé, la diaphyse mesurée à 10 cm. au-dessous du petit trochanter, donne en effet 27 mm. contre 23 à droite ; canal médullaire plus étroit qu'à droite (10 mm. contre 11).

On conclut à un fuseau en voie de formation : augmentation du diamètre du fémur gauche et condensation du tissu compact.

Cette impression, fournie par une erreur d'interprétation radiographique s'efface devant les faits cliniques. La malade a en effet souffert et souffre encore de la hanche droite dont les mouvements sont un peu limités. D'autre part, la mensuration du fémur donne un allongement de 2 cm. à droite, ce qui est contraire à la règle, l'os hyperostosé étant en général allongé.

On conclut donc à une arthrite de nature indéterminée de la hanche droite, qui n'a pas laissé de trace au niveau de l'article, mais qui a retenti sur la longueur et le trophysème du fémur.

C'est sur l'interprétation erronée des renseignements radiologiques que le B. W. pratiqué est nettement positif en date du 10-5-1916.

5 injections de calomel sont mal supportées, déterminant des douleurs et de la fièvre. Après une série de néosalvarsan, le B. W. reste fortement positif. Deuxième série de néosalvarsan, puis 6 injections d'huile grise et 2 gr. d'iodure. Troisième série de néosalvarsan.

Le 20 juillet 1917 : les troubles du pied droit sont sans changement, la marche est assez facile, mais le pied s'œdématie le soir. Les douleurs du poignet droit, de la hanche droite ont disparu complètement au cours du traitement. Etat général excellent, poids augmente de 13 kg. B. W. reste fortement positif.

OBSERVATION. VII

(Dr Townsend. *Société de Chirurgie et d'Orthopédie de New-York, 1903*)

Jeune fille, née en Irlande, eut à l'âge de 6 ans, un ulcère de jambe qui fut guéri par l'emploi d'une pommade. Après cette guérison, la difformité de la colonne vertébrale apparut 2 ans après ; à l'entrée, elle avait 2 ulcères à la jambe gauche ; ces ulcères avaient les caractères syphilitiques ronds, taillés à pic, durs, larges et sécrétant un pus visqueux. Antécédents familiaux négatifs. On ne prêta pas grande attention aux ulcères en raison de l'état où se trouve la hanche gauche. Elle présentait les symptômes de coxalgie : flexion, abduction, sensibilité douloureuse. Traitement ioduré et mercuriel ; les ulcères guérissent. Un appareil fut appliqué ; la démarche prouve maintenant que la hanche gauche est aussi bien que la droite.

Discussion : Dr Nathan a vu des cas de coxalgie syphilitique se remettre très bien sans traitement.

Il a traité un cas de coxalgie tub. double dans lequel l'enfant marchait au bout de 3 semaines après l'usage de l'iodure.

OBSERVATION VIII

(D^r Maÿet, *Bulletin de la Société de Pédiatrie*, déc. 1923)

En septembre 1921, on me présente un jeune garçon de 8 ans qui, cliniquement, a tous les symptômes d'une coxalgie en activité du côté gauche. Début lent, progressif, depuis 3 ou 4 mois ; douleurs d'abord apparentes à la fatigue, se localisant quelque peu à la hanche, mais surtout au genou ; amaigrissement assez rapide, pas de douleurs nocturnes vives, atrophie musculaire considérable. A l'examen clinique : une certaine raideur de la hanche dans la marche, qui le fait boiter. Limitation nette des mouvements à la flexion et à l'abduction, un degré notable de contracture ; un peu d'empâtement de la région articulaire antérieure, mais pas d'empâtement postérieur. Douleur très précise au fond du triangle de Scarpa, pas d'adénopathie. Le seul symptôme qui ne concordait guère avec le diagnostic de coxalgie, c'est l'affirmation de la famille que cette affection paraissait procéder par des poussées successives séparées par des périodes de 5 à 6 jours où l'enfant ne boitait ni ne souffrait plus et reprenait ses jeux habituels. Toutefois, en présence de la concordance de la majorité des symptômes actuels, je portai le diagnostic clinique de coxalgie et demandai un examen radiologique. Une radiographie du D^r Maingot confirmait, à mon avis, ce diagnostic clinique :

Dans la partie supérieure et interne du col, région nettement articulaire, des champs clairs, un bord interne flou, une zone arrondie et plus claire dans la région voisine de la tête et même une autre zone floue dans la partie inférieure du cotyle. Enfin le bord postérieur de celui-ci dans la région de son

loit apparaissait comme frangé, et l'espace articulaire un peu élargi. Ces caractères étaient encore renforcés par la comparaison avec le côté sain qui était parfaitement normal. J'appliquai donc à ce malade le traitement classique d'immobilisation dans un grand appareil plâtré et, d'accord avec le médecin de la famille, un traitement général approprié fut institué. L'immobilisation calma rapidement les douleurs, mais l'état général ne s'améliora guère, l'enfant resta très maigre et chétif. Cinq mois plus tard j'enlevai le premier appareil. L'examen montrait encore de la contracture, de la douleur à la pression de la tête fémorale, une limitation très considérable des mouvements de la hanche, et je constatai une adénopathie très apparente. Cliniquement, mon diagnostic se confirmait. Mais un nouvel examen radiographique montra certaines apparences, qui s'éloignaient notablement de celles qui nous sont familières dans les radiographies de coxalgie banale : cotyle normal à présent. Au niveau du col, au contraire, les lésions s'étaient très notablement étendues jusqu'à la base du trochanter. Ce col était épaissi, parsemé de longs espaces clairs, séparés par des régions de réaction osseuse intense avec épaississement. Enfin, la petite lésion de la tête déjà apparente sur la première radio, s'était, elle aussi, agrandie sous l'aspect d'une réaction comme autour d'une petite géode. L'examen de ces radiographies jeta un doute dans mon esprit et je fis une enquête plus approfondie. J'appris alors que si, d'une part, le père avait été, il y a quelques années, suspect de bacillose, la mère était atteinte bien que jeune encore (35 ans), d'ataxie locomotrice à évolution lente, mais très nette et que ce diagnostic avait été posé à plusieurs reprises et séparément par MM. Babinski et Sicard. J'appris aussi que la réaction de B. W. avait été jadis positive chez la mère avant l'établissement d'un traitement intensif approprié. Une réaction de B. W. fut faiblement positive chez mon jeune malade. Tout en maintenant l'immobilisation plâtrée, un traitement

spécifique fut institué chez lui à l'arsénobenzol et poursuivi pendant 3 mois.

Six semaines environ après son début, l'enfant affirmait qu'il ne souffrait plus jamais dans son plâtre. Il partit à ce moment à la campagne et là, échappant à la surveillance de sa famille, il ne tarda pas à s'asseoir dans son lit, puis à se lever et à marcher avec son appareil.

Ayant revu l'enfant au mois de novembre suivant, j'enlevai le plâtre. Je fus frappé de la transformation complète opérée au niveau de son articulation : l'atrophie musculaire avait notablement diminué, la contracture presque disparu ; un peu de raideur articulaire, du reste facile à vaincre, plus de douleur articulaire. Mais à la palpation minutieuse, on sentait d'une part un épaississement très net du grand trochanter, et l'on trouvait de l'autre, dans le fond du triangle de Scarpa, une sorte de soulèvement osseux. La radiographie présentait enfin un aspect extraordinaire : tout le col fémoral paraissait atteint de boursoufflements avec quelques champs encore plus clairs, mais de volumineuses travées d'hyperostoses ; ces modifications s'étendaient depuis le cartilage de conjugaison au voisinage de la tête presque tout près de l'origine du canal médullaire.

La lésion de la tête avait à peu près complètement disparu. La région du col qui avait été primitivement atteinte ne présentait pas de boursoufflement, mais tout le reste répondait à un travail d'hyperplasie considérable.

J'éliminai complètement l'idée d'une coxalgie et posai le diagnostic de syphilis osseuse. Un nouveau Wassermann fut négatif. Le traitement spécifique fut continué. Ignorant quelle pouvait être la solidité du col, je maintins à cet enfant un cuissart plâtré et ne permis que la marche avec des béquilles. Ces recommandations furent, du reste, rapidement oubliées et j'appris, deux mois plus tard, que l'enfant allait et venait sans aucune précaution. L'appareil plâtré fut même enlevé à

mon insu en janvier 1923. J'ai revu, il y a 2 mois, mon petit malade. Il est complètement guéri, va et vient, descend plusieurs fois par jours du logement de ses parents situé au 4^e étage, fréquente l'école et se livre à tous les jeux de son âge. Sa hanche est complètement libre, la flexion et l'abduction totale se produisent sans douleur, seul un certain degré d'atrophie musculaire persiste comme séquelle de sa lésion. A la palpation, le grand trochanter est toujours volumineux et le fond du triangle de Scarpa plus plein que normalement d'un relief osseux. Le diagnostic de Σ osseuse du col fémoral me semble devoir être porté d'une façon définitive.

OBSERVATION IX

(Charry, Thèse de Toulouse)

D... Marcelle, 6 ans. Début : février 1916, entrée 8 avril 1916.

A. H. et C. : parents bien portants, mère pas de fausse couche, un frère en bonne santé.

A. P. : née à terme. Première dent, 9 mois, premiers pas : 13 mois.

Maladie actuelle : boiterie depuis 2 mois avec douleurs de la hanche droite. Vient consulter à l'Hôpital des Enfants-Malades.

EXAMEN : Pas de douleur à la pression du triangle de Scarpa et du trochanter, légère atrophie du quadriceps : petits ganglions inguinaux cruraux roulant sous le doigt à droite et à gauche.

Flexion 80. Extension complète, abduction limitée, mouvements indolores, pas d'abcès. Légère claudication à la marche, jambe un peu en adduction ; l'enfant se penche à gauche.

8-7-16 : On ajoute sur la fiche : syphilitique.

Dans le plâtre, depuis avril 1916, pas d'abcès, articulation mobile, nouveau plâtre.

4-8-16 : On enlève le plâtre. Membre en extension complète ; pas d'ensellure lombaire ; pas d'abcès ; flexion de la cuisse possible jusqu'à 45°. Plâtre : 4 piqûres de biiodure, puis sirop de Gibert. Plus de traitement pendant 3 mois.

6-10-16 : Membre en bonne attitude ; pas d'abcès, articulation douloureuse à la pression du pli de l'aîne et du trochanter. L'enfant se lève en cachette. Plâtre.

23-2-17 : Déplâtrée, pas d'abcès, pas de douleur à la pression du trochanter et pli de l'aîne. M. Broca prescrit la marche dans 3 mois.

27-2-17 : Plâtre. 1^{er}-6-17 : gonalgie fait enlever le plâtre.

Flexion du genou à 75°. Flexion et abduction de la cuisse limitées. Raccourcissement apparent, immobilisée depuis 14 mois, pas d'abcès, pas de douleur, à replâtrer.

29-10-17 : Ablation du plâtre, aucune douleur, ni spontanée, ni à la pression. Flexion 180° à 130°. Adduction presque complète. Abduction à la moitié, rotation normale.

RADIO : 17-10-17. Hypertrophie de la tête fémorale. Cavité grosse comme une noisette avec travées osseuses dans partie supérieure du col. Vu par M. Broca : faire marcher avec une bande. Traitement syphilitique à continuer.

OBSERVATION X

(Thèse de Charry)

C... Jacques, 12 ans.

A. H. : Père mort à la guerre, mère pas de fausse couche.

A. P. : Nourri au sein 7 mois ; premiers pas à 12 mois, aucune maladie.

Maladie actuelle : Début I-1924. Chute sur le genou, petite plaie, boite quelque temps, puis se remet. Un mois après, dans la nuit, brusquement douleur très vive dans la hanche droite, qui dure 2 jours. Un médecin appelé, ne trouve rien. Compresses chaudes, repos. Le petit malade continue à boiter, mais cesse de souffrir. Vu ensuite par un orthopédiste qui porte le diagnostic de coxalgie et propose un plâtre. Les parents refusent. On propose alors une bande Velpeau et poids sur le genou.

Vu ensuite par P^r Caulet, de Toulouse.

Examen d'entrée : syndrome adiposo-génital, petits testicu-



Observation X. — C. JACQUES

les, pas de poils. Tous les signes de coxalgie à la 2^e période, mais peu douloureuse, attitude vicieuse, flexion, abduction, rotation externe, bassin abaissé du côté malade, gros empâtement surtout antéro-externe de la racine de la cuisse, ponction blanche. Pas de ganglions perçus en raison de l'adiposité. Radio : cliché mauvais ; aucun renseignement utile. Cependant on diagnostique coxalgie et l'on plâtre.

Janvier 1925 : Plâtre enlevé ; l'adiposité, la micro-orchidie, l'absence de poils font soupçonner l'hérédité Σ . Le B.-W. se révèle fortement positif. Les parents questionnés apprennent que la grand'mère est morte d'hémiplégie, le grand-père d'aortite.

Cuti-réaction négative. Radio : 2-2-1925, montre aspect typique : taches claires, clairsemant la tête et le col, interligne normal. L'examen de la hanche droite au sortir de cet appareil n'est pas celui d'une hanche coxalgique après 2 ans d'évolution ; allongement apparent très net ; côté malade 78 cm. et demi, côté sain 77 cm. Mouvements très étendus, autant spontanés que provoqués ; adduction normale. Abduction à 60° ; flexion 35 à 40°. Hyperextension normale. On fait le Δ de pseudo-coxalgie Σ . Traitement sulfarsénol-iodure. On immobilise le malade à nouveau.

7-6-1925 : Plus de douleur. Mouvements complètement libres. Radio : mêmes altérations de la tête fémorale hypertrophiée avec de ce fait abaissement de la partie externe du cintre cervico-obturateur. On met une extension pour éviter la déformation secondaire de la tête fémorale.

OBSERVATION XI

(D^r Lance. *Bulletin Société de Pédiatrie*, 25 avril 1922)

Br... Madeleine, 7 ans, vient le 4 avril 1919 pour une luxation congénitale double des hanches (fig. n° 1). Les condi-

tions anatomiques paraissant favorables, on se décide à faire la réduction en commençant par le côté gauche. Extension prémonitoire 3 mai, réduction facile. Cotyle très mauvais. Le traitement est poursuivi sans incident jusqu'en janvier 1920. Rougeole, coqueluche pendant le traitement. L'enfant maigrit beaucoup.

Le 1^{er}-2-1920, plâtre enlevé et enfant reprise par sa famille le 5-2. Le 26-2, l'enfant est ramenée sans que la mobilisation ait été commencée ; on trouve une hanche énorme en gigot, avec empatement, œdème des parties molles, deux fistules, externe et interne, donnant issu à un pus abondant, séreux, mélangé de grumeaux blancs. La radiographie (fig. n° 2) montre que la luxation est reproduite, que ni la tête, ni le col, ni le grand trochanter ne sont visibles ; l'extrémité supérieure de la diaphyse se termine en haut par une ligne horizontale. On pense à une coxalgie à marche foudroyante avec destruction très rapide du fémur. Cependant, un double contour du pourtour du fémur et du bassin attire l'attention. Le 2 mai, B.-W. négatif chez l'enfant. Celui de la mère n'a pu être fait.

La malade disparaît jusqu'au 12 juin. A ce moment, les fistules sont remplacées par deux vastes plaies en surface atones, à bord sphacéliques. Ecoulement abondant de sérosité rosée sans infection secondaire. Pas de fièvre, pas de douleurs. Le diagnostic d'ostéo-arthrite Σ devient évident. On commence un traitement spécifique, malheureusement irrégulier par la faute de la malade. Pendant un an, l'enfant a eu trois séries de 20 piqûres de néosalvarsan intra-veineux, puis sous-cutané ; dans l'intervalle sirop de Gibert.

Les résultats ont été très rapides. Les ulcérations de la cuisse, en quelques semaines, se sont réduites à deux petites fistules. En mars, l'une se ferme ; en avril, la 2^e se ferme à son tour. Mais le phénomène le plus saillant est la reconsti-



FIG. I. — Avant la réduction



FIG. II. — 20 Février 1920



FIG. III. — 26 Juin 1920



FIG. IV. — 22 Février 1921

Observation XI. — B. MADELEINE

tution progressive de l'extrémité supérieure du fémur, que l'on suit sur les radiographies.

La région trochantérienne d'abord, puis le col en coxavara à angle droit, très court, terminé par une petite tête en tampon de wagon qu'occupe l'ancien néocotyle (fig. 3 et 4). Il s'est constitué une néarthrose, qui a des mouvements très limités. Nous ne sommes pas fixés sur sa valeur définitive, la malade étant disparue de la consultation depuis fin avril 1921.

OBSERVATION XII

(Personnelle)

L... Jacques, 4 ans, envoyé à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, le 10-2-1928, pour coxalgie droite. Depuis une quinzaine de jours, l'enfant manifestait une fatigue particulière à la marche, avec chutes fréquentes, sans grande douleur au début.

Né à terme, croissance normale, sans maladie grave, premiers pas à 15 mois. Il est l'avant-dernier d'une famille de sept enfants, dont cinq sont actuellement vivants et en bonne santé. Les deux premiers sont morts en bas âge : le 1^{er} de convulsions à six semaines, le 2^e à trois semaines, des suites d'une spina bifida. La mère a fait deux fausses couches.

Chronologiquement vis-à-vis de notre petit malade, les deux fausses couches se placent, l'une avant sa naissance (fausse couche de six semaines), l'autre après sa naissance (fausse couche de 3 mois). Père atteint de crises convulsives ; mère en bonne santé apparente.

Au 1^{er} examen, on découvre un gros empâtement articulaire et périarticulaire, chaud au toucher ; la cuisse tend à se mettre en flexion sur le bassin dans la position de capacité maxima de la synoviale. Il existe une réaction ganglionnaire très nette, à prédominance iliaque. Il n'existe sur la peau au-

cune excoriation ou plaie infectée, aucune angine antérieure susceptible de pouvoir être incriminée dans l'étiologie de cette arthrite à évolution aiguë. La température atteint 39°. On hésite entre le diagnostic d'arthrite Σ à début aigu ou d'arthrite ou d'épiphyse d'origine infectieuse, mais on est cependant frappé par la discordance entre la bonne conservation de l'état général, non infecté et la grosse réaction articulaire. L'enfant est mis au repos avec une extension ; en quelques jours, la fièvre tombe, l'empâtement disparaît, il ne persiste plus qu'une petite adénopathie iliaque et crurale de la limitation des mouvements avec amyotrophie, sans aucune douleur à la mobilisation. Une radiographie des deux hanches ne montre rien d'anormal. Cependant, dans la crainte de voir se développer une coxalgie, on immobilise l'enfant pendant 5 mois dans un appareil plâtré. On revoit l'enfant et après ablation du plâtre on constate l'absence complète de douleur à la palpation et mobilisation qui d'ailleurs n'est aucunement limitée.

Une 2^e radiographie : 13-12-28, montre une décalcification intense de l'épiphyse et une prolifération périostée de la partie interne et inférieure du col fémoral, comme si le périoste avait été décollé et soulevé à cet endroit, provoquant une dénivellation du cintre cervico-obturateur.

L'enfant est replâtré à nouveau pendant 6 mois. Le plâtre est enlevé au bout de cette période ; on est encore stupéfait de l'absence de limitation des mouvements, absence d'allongement ou de raccourcissement, de douleur, de ganglions, avec amyotrophie légère. On pratique, à 10 jours d'intervalle, deux cuti-réactions à la tuberculine, toutes deux négatives. On soupçonne alors l'hérédité Σ en raison également des antécédents héréditaires. Le B.-W. se révèle positif ; mais la recherche des stigmates ne permet de découvrir ni triade d'Hutchinson, ni ganglions sus-épitrochléens. L'enfant est mis au traitement : 4 séries d'acétylarsan et injections mer-



Observation XII. — L. JACQUES

curielles, puis renvoyé avec un petit plâtre, avec lequel la marche est permise pendant 6 mois. L'enfant est revu après un an de traitement (les six derniers mois sans plâtre). Il est impossible de découvrir cliniquement aucun symptôme pathologique à l'examen de l'articulation coxo-fémorale droite. D'ailleurs, l'enfant se livre avec ses frères et sœurs aux jeux de son âge sans aucune difficulté. Une 3^e radiographie montre une recalcification de l'épiphyse et un léger boursoufflement de la région inféro-interne du col.

OBSERVATION XIII

(D^r Delacroix-Charry. Thèse de Toulouse)

Mlle V..., 28 ans. Vue pour la 1^{re} fois au début de 1920, elle est dans un état de cachexie grave, abandonnée et condamnée par de nombreux médecins. Plaies ulcéreuses multiples. Deux gros genoux, douleurs aux deux hanches avec fistule à la hanche droite. Fistule de la région claviculaire droite. B.-W. + + +. Le père fou, s'était suicidé. Il a eu huit enfants, dont un seul au milieu de la série a fait de l'hérédité Σ .

Traitement spécifique. Amélioration rapide (successivement mercure, iode, arsenic). Guérison de la malade. Radio 1925 montre deux articulations sensiblement normales, mise à part la déformation du col fémoral gauche due à une fracture (survenue en apprenant à marcher).

Note du D^r Delacroix : « Ce dernier cas me paraît extrêmement intéressant, car je ne connais aucune relation d'une arthrite de la hanche double d'origine Σ et je crois que jusqu'à présent on considérerait la chose comme exclusivement tuberculeuse ».

OBSERVATION XIV

(Kirmisson et Jacobson. Revue d'Orthopédie, 1898)

Ar... Lucien, âgé de 11 jours, amené aux Enfants-Assistés le 5 septembre 1896, aucun renseignement.

Examen : cuisse gauche en flexion à angle droit sur le bassin, maintenu dans cette position par la contracture musculaire ; on n'arrive pas à la placer dans l'extension complète. Tout autour de l'articulation coxo-fémorale et spécialement en haut et en arrière, à la région fessière et derrière le grand trochanter, il existe un empâtement manifeste qui est même

rénitent par places, comme s'il y avait du liquide dans l'articulation. Enfant petit, à peau violacée, pas de fièvre, exco-riations sans caractère sur les bourses, à la face inférieure de la verge, à la naissance des cuisses, moitié droite du scrotum paraît épaissie, un peu d'hydrocèle vaginale. Pas de traces de syphilis évidente, pas de gros foie ; ponction exploratrice blanche en arrière du trochanter quelques gouttes de sang).

Sans diagnostic bien précis, l'enfant est mis au traitement (frictions). Dès la 2^e friction, l'empâtement diminue, l'enfant augmente de poids.

Le 29 septembre 1896, l'empâtement a presque totalement disparu, mouvements spontanés avec le membre malade et on peut faire mouvoir ce membre sans provoquer de cris. Le 14 octobre 1896, guérison ; quelques légers frottements, une très légère flexion de la cuisse sur le bassin. Mouvements indolores et étendus.

OBSERVATION XV

(Eon. Thèse Paris)

L... A., 5 ans, entrée le 25 octobre 1918. Bonne santé habituelle ; antécédents sans intérêts ; boite depuis 3 mois. Les parents rapportent le début à un traumatisme. Depuis 1 mois marche impossible. Les 2 membres sont en flexion, abduction et légère rotation externe ; points douloureux au niveau des articulations coxo-fémorales ; tous mouvements impossibles. Pas d'ensellure lombaire. On pense à une coxalgie bilatérale et l'on immobilise dans appareil plâtré.

15-X-19 : Enfant revue. 4 appareils plâtrés successifs. Articulation coxo-fémorale gauche présente un gros empâtement. En présence de ces symptômes et dans l'absence absolue d'amélioration, on pense à la Σ . B.-W. + + +. On fait alors venir les parents et on obtient du père l'aveu d'une

syphilis contractée 10 ans auparavant et mal soignée : traitement hydrargyro-ioduré ; amélioration très rapide.

15-11-30 : L'enfant marche, légère claudication due à une hypertrophie de la tête fémorale.

OBSERVATION XVI

(Vivaldo, rapportée par Nathan)

Une enfant de 10 ans est atteinte de coxalgie typique depuis 3 ans. Douleur et impotence fonctionnelle ; mouvements spontanés d'élévation lente et difficile. Au repos, dans la station debout, allongement apparent, abduction et légère rotation externe ; dans la position couchée, limitation des mouvements provoqués de la hanche. Douleur à la mobilisation passive, à la pression du grand trochanter, douleur à la percussion du calcanéum, la jambe en extension. L'enfant ne présentait aucun stigmate de spécificité, mais la mère était suspecte de syphilis (dystrophies osseuses, exostose, inégalité pupillaire, artères indurées, retentissement du 2° bruit aortique). Le mercure, sous forme de sirop de Gibert, amena la guérison rapide de cette coxalgie.

OBSERVATION XVII

(Fouquet, Thèse de Paris, d'après Apert)

Fillette de 12 ans, entrée dans le service de M. le P^r Gaucher.

A. H. : mère vivante, 40 ans, bien portante, nie la Σ .

A. C. : 10 frères et sœurs, 2 vivants, 8 morts en bas-âge.

A. P. : nourrie au sein, rougeole à 5 ans suivie d'une kératite double, ozène.

M. A. : Depuis quelques mois, épiphyses de la petite malade ont augmenté de volume ; envoyée à Berck pour rachitisme. Depuis son retour souffre de tous ses membres.

A l'entrée : périostite gommeuse du cubitus gauche avec ankylose du coude. Périostite des 2 tibias. Ozène avec affaissement de la cloison, rate énorme, bosselée, mesurant 21 cm. de long sur 9 de large ; traitement anti Σ . Au cours du traitement, apparition d'une arthrite tibio-tarsienne droite, puis gommes multiples des os du crâne. Gonflement douloureux de l'articulation sterno-claviculaire droite. Abdomen très saillant, pas d'ascite, circulation collatérale ; foie petit ; membres décharnés, sauf au niveau des articulations qui sont gonflées et siège d'un réseau veineux superficiel très développé.

Membres inférieurs : mouvements des articulations de la hanche en partie conservés, mais limités par la douleur. Pression douloureuse au niveau du grand trochanter.

L'état reste le même pendant tout l'été 1895, puis apparaît de l'ascite, des douleurs abdominales et articulaires intenses, diarrhée, hypothermie, coma et mort.

Autopsie : à propos de la hanche : articulation remplie d'un liquide trouble rougeâtre ; cartilages sous altérés en plusieurs points sur la tête fémorale.

OBSERVATION XVIII

(Personnelle)

B... Robert, jeune garçon de 5 ans, d'aspect robuste est amené le 2-7-1928 à la consultation de l'Hôtel-Dieu d'Amiens pour une boiterie, non accompagnée de douleurs, dont le début est impossible à déterminer.

A. H. sans grand intérêt. Père et mère en bonne santé apparente. Notre malade, avant-dernier d'une famille de 6 enfants bien portants, n'a jamais eu de maladie grave.

Examen clinique : décèle une claudication marquée avec coup de talon, plus bruyant du côté droit. Au repos, attitude hanchée avec scoliose statique. On est obligé de placer la cuisse droite en légère adduction pour mettre le bassin d'aplomb. Couché, l'enfant présente un raccourcissement apparent de près de 2 cm. Une raideur de la hanche droite avec limitation très accentuée de l'abduction, de l'extension, de la flexion, rotation en dehors et en dedans du membre à peu près nulle. Donc un certain degré d'ankylose coxo-fémorale. Il existe une atrophie moyenne de la fesse, une saillie exagérée du grand trochanter droit. Ni abcès, ni ganglions ; mais à la palpation, la tête fémorale paraît épaissie et plus dure, aucune douleur provoquée.

RADIO : montre : fig. 1.

Une calotte épiphysaire aplatie, floue, décalcifiée, irrégulière dans son opacité, non fragmentée.

Un col épaissi d'un centimètre environ vis-à-vis du côté opposé.

Un élargissement dans l'espace artieulaire.

L'enfant est immobilisé en bonne position dans un plâtre et revu 6 mois plus tard. L'examen clinique est analogue au précédent. Une 2^e radio montre : fig. 2.

Une ébauche de fragmentation de la calotte épiphysaire.

La tête et le col fémoral sont encore plus épaissis et boursoufflés ; à peu près aucune lésion sur le cotyle.

Deux plâtres successifs sont appliqués à l'enfant, sans modification de son état.

On porte le diagnostic d'ostéochondrite déformante juvénile.

D'ailleurs la cuti-réaction à la tuberculine se révèle plusieurs fois négative.

Le 20 mars 1930, l'enfant revient à nouveau dans le service pour changement de plâtre. Une 3^e radio (fig. 3) montre :

Calotte épiphysaire fortement aplatie, irrégulière, en voie de



FIG. I. — Juillet 1928

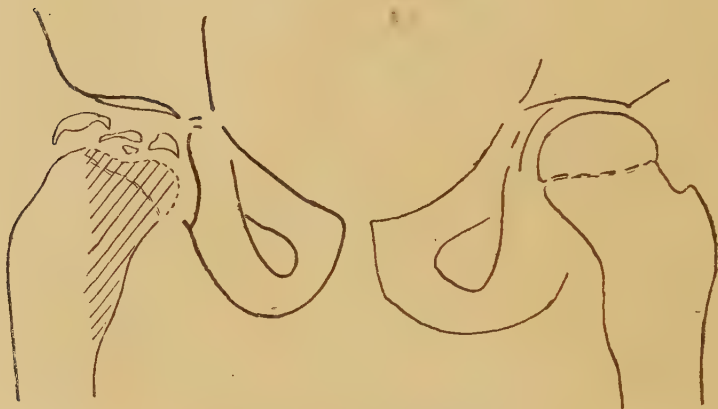


FIG. II. — Janvier 1929

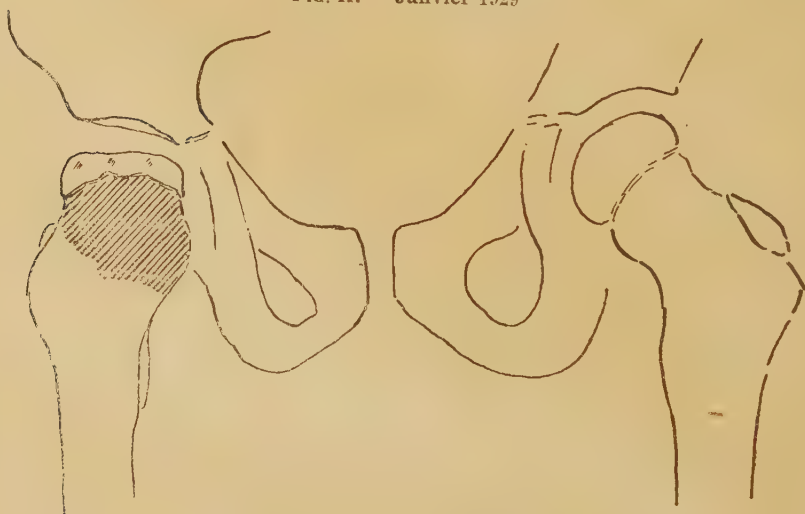


FIG. III. — Mars 1930

recalcification, n'est plus fragmentée et tend à s'extérioriser du cotyle.

Col fémoral énorme, épaissi de plus de 3 cm. vis-à-vis du côté sain, déforme le cintre cervico-obturateur.

L'examen clinique montre un épaississement dur et indolore de la racine de la cuisse, débordant en haut au-dessus de l'arcade crurale où l'on perçoit quelques ganglions, petits, durs et insensibles. L'ankylose de la hanche est à peu près totale. Les essais de mobilisation, d'ailleurs supportés sans douleur ne permettent que des mouvements très limités. Il existe un allongement vrai de 1 cm. et demi environ, traduisant le processus d'hyperostose. On pense à l'H. Σ . La recherche des stigmates permet de découvrir un ganglion sus-épitrochléen, bilatéral, de la grosseur d'une noisette, un palais ogival, l'absence de dents d'Hutchinson. La cuti-réaction à la tuberculine est encore négative. Le B.-W. pratiqué se révèle fortement positif. L'enfant est mis au traitement spécifique et en raison des grosses déformations, maintenu dans un petit plâtre avec lequel la marche est permise. Il est revu le 15-11-1930 ; la hanche est encore partiellement ankylosée. Le B.-W. est encore positif, mais on apprend que le traitement n'a pas été suivi régulièrement et a été nettement insuffisant. Il est donc impossible encore de tirer des conclusions à ce sujet.

OBSERVATION XIX

(Lance, Andrieu, Cappelle)

B... F..., âgé de 7 ans, se plaint du genou gauche après la marche, en octobre 1920, aucun antécédent.

Le 29-11-1920, on trouve à la hanche gauche :

Flexion libre, adduction, abduction, rotation limitées et douloureuses, adénopathie iliaque, atrophie musculaire de 1

cm., membre fixé en adduction, trochanter saillant, col volumineux, pression douloureuse sur le col et le trochanter.

Le 3-12-1920, la radio (fig. 1) montre un aplatissement de la calotte fémorale, feuilletage du cartilage de conjugaison, épaissement de la région bulbaire du col, élargissement de l'espace articulaire. On laisse marcher et l'on fait une série de néosalvarsan sous-cutané.



Décembre 1920

Février 1921

Mars 1921

Le 3-2-1921 : grosse amélioration, plus de douleurs, lève sa jambe et peut se chauffer seul ; ne boite plus ; encore limitation légère de l'abduction, rotation interne. Disparition de l'adénopathie. La radio (fig. 2) montre : le col resté gros, la tête étalée, mais le feuilleté a diminué, le col est plus homogène d'aspect, l'espace articulaire est moins distendu.

4-3-1921 : ramené par ses parents ; va moins bien depuis la cessation du traitement ; une nouvelle série est faite.

29-3-21 : flexion libre, abduction, rotation interne sont seules un peu limitées. Une 3^e radiographie (fig. 3) montre : la récalcification des régions voisines du cartilage de conjugai-

son avec des taches noires dans le bulbe. Il y a manifestement reconstitution de la tête fémorale.

OBSERVATION XX

(*Lance, Andrieu, Cappelle*)

T... Olivier : le 14-4-1920, a 7 ans et demi, vient consulter pour un double pied creux antérieur.

Hydrocéphalie à la naissance : la tête a 54 cm. de tour. Soudure très tardive des fontanelles. Incontinence d'urine diurne et nocturne qui existe encore. Hypotrophique pendant toute son enfance. A 2 ans, hémiplegie gauche à début bruyant. Ne commence à parler et à comprendre ce qu'on lui dit que vers 6 ans et demi.

Examen : 14-4-1920. Nez en lorgnette, persistance de dents de lait, petites et crénelées. A la marche, lance sa jambe gauche et talonne de la droite. Valgus à gauche. Ne s'est jamais plaint des hanches. Cependant trochanters très saillants et cols fémoraux épaissis. La radio montre un spina-bifida de la 5^e V. l. et de la 1^{re} V. d., origine probable du pied creux et de l'incontinence d'urine ; 2^o une ostéochondrite déformante de la hanche droite : aplatissement en galette de l'épiphyse, tache à son niveau et dans le cartilage de conjugaison, élargissement énorme du col.

Repart à la campagne. Son médecin est invité à faire un traitement antisiphilitique. Revu seulement le 8-4-1921, n'a fait que quelques frictions d'onguent gris, suivies rapidement de stomatite. A cessé tout traitement. Il a 8 ans et demi, a toujours ses dents de lait, perd ses urines, comprend difficilement. Le pied creux gauche s'accroît. Membre gauche plus court de 1 cm. et atrophie (1 cm. à la cuisse). B.-W. partiellement positif, négatif chez la mère. Nouvelle radio mon-

tre : a) à droite, les lésions ont progressé, fragmentation complète de l'épiphyse, taches au niveau du cartilage des noyaux du grand et petit trochanter, ossification irrégulière du toit du cotyle ; b) à gauche, sans aucun symptôme, début de la même lésion, aplatissement et fragmentation du noyau épiphysaire. L'enfant gardé à Paris, on commence une série de sulfarsénol.

OBSERVATION XXI

(D^r Mathieu, Thèse de Charry)

T... E..., 10 ans, entrée le 7-2-1925 à l'Hôpital des Enfants-Malades.

A. H. : Père bien portant. Mère a eu 8 grossesses, accuse deux fausses couches : 3^e et 7^e grossesses. La petite malade est la 6^e enfant ; mère souffre souvent de la tête, céphalées nocturnes s'atténuant dans la journée ; depuis son mariage.

H. C. : Trois frères et sœurs morts, deux de méningite vers 13 à 14 mois ; un de broncho-pneumonie.

A. P. : Nourrie au sein. Premiers pas à 1 an. Pas de boiterie. Rougeole.

M. A. : un matin de mars 1924, au réveil, l'enfant se plaint de la hanche gauche, se lève, marche ; tout se passe en quelques minutes. Un médecin consulté l'envoie en Suisse. Cinq mois après son retour, les parents s'aperçoivent d'une boiterie, la petite malade se fatigue vite et souffre par crises de sa hanche gauche ; elle continue à aller en classe cependant.

Le 27-2-1925, consultation du D^r Malthan à l'Hôpital des Enfants-Malades.

Debout, position hanchée, repose sur hanche gauche, droite fléchie. Saillie exagérée du grand trochanter gauche notablement remonté ; on jurerait avoir affaire à une luxa-

tion congénitale. Aplatissement de la fesse gauche ; signe de Tredenlembourg à gauche +.



Observation XXI. — T. ERNESTINE

Mouvements : Très légère limitation à droite de la flexion ; à gauche, limitation assez marquée 110° , à droite, légèrement limitée (40 à 45°), abduction à gauche très limitée, 10° à 15° ; ensellure lombaire disparaissant par la flexion vers 15° à 20° . Les têtes sont en place ; sensibilité à la pression de la tête fémorale gauche.

Mouvements limités, accompagnés de gros craquements. Hydarthrose légère des deux genoux. Dendition normale.

Ponction articulaire de la hanche gauche permet d'enlever 1 cm^3 et demi de liquide qui, inoculé, ne tuberculise pas le cobaye.

RADIOGRAPHIE : Fig.

Hanche droite normale, hanche gauche très déformée. Noyau céphalique déformé, irrégulier, dentelé ; ligne épi-

physaire festonnée : un ostéophyte à la partie supéro-externe de la calotte épiphysaire. Espace articulaire, ni diminué, ni augmenté de volume. Cintre cervico-obturateur rompu, aspect légèrement pommelé de la région bulbaire.

OBSERVATION XXII

(Communiquée par le D^r Andrieu, de Berck)

R..., garçon de 13 ans, suspect de coxalgie droite, est envoyé en juillet 1908, pour une claudication légère et des douleurs intermittentes dans la hanche droite depuis l'âge de 8 ans, date à laquelle l'enfant fut immobilisé un mois dans un plâtre, à la suite d'une poussée douloureuse ; paraissant alors guéri, la marche fut à nouveau permise.

Lors de l'examen, il existe de la limitation des mouvements, mais aucune attitude vicieuse, ni abcès, ni ganglions.

Une radiographie est faite qui montre un bouleversement total de l'articulation, avec une tête volumineuse, déformée, épaissie en certains endroits, ulcérée à d'autres, de nombreux ostéophytes. Le cotyle est également le siège de décalcification. Devant cet aspect, on pense à l'hérédosyphilis, une radio des autres membres montre un fémur et un humérus avec fuséau diaphysaire. On institue un traitement d'épreuve par l'ensol ; en quelques mois les douleurs disparaissent.

Le malade est revu à l'âge de 16 ans, pour une ostéite prolifante de l'angle de la mâchoire, analogue à une exostose avec syndrome douloureux. Le traitement spécifique fait disparaître les douleurs, mais pas l'épaississement. Le fonctionnement de la hanche était parfait, si bien qu'en 1914 le jeune homme accomplit son service militaire dans le génie. Il revient alors consulter le D^r Andrieu pour avoir son avis au sujet d'une intervention qu'on lui a proposée pour exérèse de ganglions de la région carotidienne. On y distinguait un

volumineux ganglion voisinant avec d'autres plus petits. Le Dr Andrieu déconseille évidemment cette intervention et prescrit le traitement spécifique.

OBSERVATION XXIII

(Dr Lance, *Revue d'Orthopédie*, 1922)

Le Dr Lance rapporte au Congrès d'orthopédie le cas d'un enfant qui à 12 ans, a fait une arthrite de la hanche, qui a été prise pour une coxalgie et plâtrée pendant 6 mois. L'absolue indolence de l'affection attire son attention. Le B.-W. est positif, un traitement spécifique mercuriel est institué pendant 18 mois.

L'état du malade s'améliore considérablement, mais la radiographie permet d'assister à un affaissement progressif de l'épiphyse et du col et à son enroulement sur la partie inférieure du col. L'affection se termine par une ankylose à peu près complète avec un raccourcissement de 8 cm.

OBSERVATION XXIV

Roger et Laplane (Marseille-Médical, 1921). Résumée

M... Louis, 15 ans, entré à la clinique neurologique de l'Hôtel-Dieu, le 15 janvier 1921, sorti le 12 février 1921.

A. H. : Père mélancolique, mort de suicide.

Mère a eu deux fausses couches, une antérieure, l'autre postérieure à la naissance du petit malade.

A. P. : Nourri par sa mère.

Premiers pas à 1 an, marche normale ; bonne santé jusqu'à l'affection actuelle.

Maladie actuelle : A l'âge de 3 ans et demi, le malade commence à boiter en marchant ; pas de douleurs spontanées, ni à la marche ; au bout d'un mois, il est examiné par le regretté professeur Delagrande qui pense d'abord à une coxalgie gauche ; un appareil plâtré mobilisant la jambe en rectitude est posé qui blesse l'enfant et est enlevé au 40^e jour. Trois mois plus tard, après une radiographie, le diagnostic est modifié et changé, d'après les dires de la mère, en celui de « coxavara gauche ». Traitement prescrit : repos et bains salés. A ce moment, les mouvements de la hanche sont partiellement conservés. C'est surtout le raccourcissement du membre qui cause la boiterie.

Une 2^e radio faite en 1913, 3 ans et demi après le début de l'affection, montre que la lésion n'a pas progressé et peut être considérée comme consolidée. Alors, les diverses autres grosses articulations se prennent.

Etat actuel : Les diverses articulations sont plus ou moins raides, ankylosées et déformées, mais ce sont surtout les articulations coxo-fémorales qui vont nous retenir.

Les cuisses sont fléchies à angle droit sur le bassin, la droite dans un plan antéro-postérieur, la gauche en adduction. Dans la station debout, le malade est presque accroupi. Les mouvements sont considérablement diminués. A droite, ankylose presque complète à angle droit du fémur sur le bassin. Tous les mouvements sont impossibles. A gauche, le trochanter fait une saillie anormale au-dessus et en arrière de la ligne Nélaton-Roser. La cuisse est en adduction. L'abduction est impossible, mais contrairement à ce que nous avons noté pour la hanche droite, la flexion et l'extension sont en partie conservées. La cuisse peut être fléchie à 45° sur le bassin et étendue jusqu'à 135° environ. Des deux côtés, on note une atrophie de la masse fessière, les cuisses sont également atrophiées, leur circonférence à la partie moyenne est de 33 cm. à droite, 31 cm. à gauche.

LA RADIOGRAPHIE : Les contours articulaires sont très modifiés, la tête fémorale à droite est très considérablement augmentée de volume, irrégulière, décalcifiée surtout à sa partie moyenne, le grand trochanter est presque totalement fondu ; à sa partie supéro-externe se trouve une ostéophyte.

L'épiphyse ressemble à une massue dont l'axe de la tête prolonge en ligne droite celui de la diaphyse. On ne distingue plus de surfaces articulaires.

A gauche, l'articulation coxo-fémorale ressemble à une véritable coxa-vara avec élévation du grand trochanter. Le col et la diaphyse font un angle droit ; seul, l'interligne articulaire n'est pas net à la partie inférieure de la tête fémorale aplatie, écrasée, bourrelets osseux, saillies d'ossification floconneuses. La cavité cotyloïde est élargie dans le sens vertical.

Généralités

Une objection peut nous être opposée pour la plupart de nos observations : à savoir, que nous avons peut-être eu affaire à des arthrites d'origine quelconque évoluant chez des hérédosyphilitiques, car sur 2 observations, nous ne fournissons qu'un seul cas autopsie, mais sans diagnostic histologique. La cause est toute simple, il s'agit de lésions bénignes quoad vitam susceptibles parfois de guérison spontanée, tout au moins en apparence.

Une ponction articulaire aurait été intéressante à pratiquer dans la plupart des cas, mais chacun connaît sa difficulté et la fréquence des ponctions blanches au niveau de la hanche. Les résultats que l'on peut en tirer ne sont pas encore absolument probants. La cytologie des épanchements de la Σ articulaire a été étudiée au niveau du genou, beaucoup plus facile à ponctionner. On trouverait en général une polynucléose à 70 % (Blum et Fatou), parfois de la lymphocytose.

La réaction de B. W. a été trouvée positive alors même qu'elle était négative dans le sérum sanguin. Mais l'inverse est également possible.

Cependant, désirant rester sur le terrain clinique, il nous semble que chacune de nos observations contient un faisceau de signes cliniques et radiologiques suffisants pour permettre une présomption que, tantôt la positivité du B. W., tantôt l'épreuve du traitement anti Σ , viennent confirmer bien qu'ils ne soient, ni l'un ni l'autre, à l'abri de toute critique.

Etiologie

Comme toute hérédo-syphilis tardive, celle de la hanche peut s'observer à tous les âges, aussi bien dans l'enfance et même la première enfance (Observation XIV, Kirmisson et Jacobson) qu'à l'âge adulte. Il semble que la fréquence soit plus grande entre 5 et 15 ans. L'hérédité Σ de la deuxième génération intervient indubitablement dans nombre de cas, en particulier dans la forme douloureuse de la pseudo coxalgie H. Σ (obs. II). L'enquête familiale auprès des géniteurs directs est assez souvent infructueuse. On sait actuellement que l'hérédo Σ de deuxième génération est susceptible non seulement d'une activité comparable à celle de l'H. Σ de première génération, mais qu'elle atteint avec prédilection les glandes endocrines (Congrès de Bruxelles sur la syphilis endocrinienne, 1926), d'où l'action indirecte qu'elle peut présenter sur la trophicité osseuse.

Etude Clinique

Avec Fournier, Fouquet, nombre d'auteurs se sont appliqués à vouloir opposer la symptomatologie clinique des tumeurs blanches et des arthropathies H. Σ . C'est ainsi qu'il est classique de dresser un tableau comparatif dans le genre du suivant :

ARTHIROPATHIES H Σ	TUMEURS BLANCHES
Gonflement dur, sans fongosités.	Gonflement mollassé dû aux fongosités.
Amyotrophie modérée.	Atrophie musculaire et réseau veineux superficiel.
Adénopathies exceptionnelles.	Ganglions.
Absence de contracture et d'attitude vicieuse.	Contracture et attitudes vicieuses.
Gêne fonctionnelle minime, douleurs à maximum nocturne.	Douleur à la marche, s'atténuant au repos.
Pas de fièvre, ni signes généraux.	Signes d'impregnation bacillaire.

Cet essai d'opposition entre les tumeurs blanches et les arthropathies héréditaires nous prouve d'une façon péremptoire que le rôle simulateur de celle-ci

était loin d'être méconnu des auteurs classiques. Nous pensons que ce rôle simulateur est particulièrement marqué au niveau de la hanche.

La coxalgie peut être simulée à s'y méprendre à toutes ses périodes, sous toutes ses formes, si bien que c'est le diagnostic souvent posé tout d'abord dans la plupart des observations, et ce, par des cliniciens très avertis. D'ailleurs, les arthropathies H Σ revêtent un polymorphisme considérable, tenant aux différentes évolutions et à la virulence variable du tréponème. Si bien que la classification des différents aspects cliniques est un peu artificielle, car ils sont susceptibles de se succéder les uns aux autres. Un caractère évolutif leur est cependant commun : la succession des poussées, entrecoupées de périodes d'amélioration apparente, d'allure décevante si un traitement ne la vient interrompre et cela d'autant mieux qu'il aura été plus précocement appliqué.

Fournier, dans son traité de la syphilis tardive (1888) distinguait deux groupes de manifestations ostéo-articulaires.

D'une part : les arthralgies (sans lésions apparentes) ; d'autre part : celles qui s'accompagnent de lésions : hydarthroses, pseudo-tumeurs blanches, ostéo-arthrite déformante.

Nous préférons une classification clinique et radiologique et distinguons :

- A. La pseudo-coxalgie à forme arthralgique.
- B. La pseudo-tumeur blanche syphilitique.
- C. Les ostéo-chondro-arthropathies déformantes.

A. Pseudo-coxalgie à forme arthralgique

Cette forme, peut-être la plus fréquente, pose un diagnostic d'une extrême difficulté : elle est souvent prise pour une coxalgie au début.

Elle se caractérise par :

Un syndrome douloureux ;

L'absence de réaction articulaire appréciable au point de vue clinique et radiologique, en discordance avec un syndrome plus ou moins net de vigilance musculaire, limitation plus ou moins marquée des mouvements, de la claudication ;

Une évolution insidieuse, décevante par une succession alternante de récidives et d'améliorations.

Le malade consulte pour des douleurs et de la claudication. Les douleurs sont à prédominance nocturne, parfois à type ostéocope.

La marche donne plus une impression de fatigue qu'une douleur proprement dite. La claudication atteint son maximum après la fatigue ; bien que souffrant peu de la hanche, le malade est incapable d'un effort prolongé. Souvent même, il manifeste une claudication intermittente, avec un pouvoir fonctionnel toujours limité à un même effort (obs. I, II et V).

Les signes physiques sont en général assez estompés ; une légère limitation des mouvements, flexion, extension, abduction, adduction ; pas d'empatement périarticulaire, peu ou pas de ganglions ; au-

cune douleur à la pression de la tête fémorale; du trochanter ou à la mobilisation passive ; les douleurs ne sont donc pas provoquées, mais surviennent spontanément. On découvre quelquefois un peu d'atrophie musculaire, un allongement léger du membre atteint, un état général bien conservé, en somme des signes cliniques de coxalgie au début ; une radiographie ne révèle bien souvent aucune lésion, quelquefois une légère décalcification de l'épiphyse, quelques taches claires plus ou moins fugaces (obs. IV).

Ces cas évoluent en général vers une amélioration spontanée et sont souvent considérés comme des douleurs de croissance ou des coxalgies bénignes à évolution écourtée. Cependant, les récives sont fréquentes et l'on est exposé à revoir le petit malade avec une symptomatologie analogue quelques mois plus tard. La forme arthralgique correspond peut-être à des lésions de synovite ou d'ostéite diaphysoépiphysaire atténuées (Fournier) ; ce qui prouve l'activité d'un processus morbide à action locale atténuée, c'est l'évolution possible de ces formes douloureuses vers le rhumatisme chronique déformant.

B. Pseudo tumeur blanche hérédo syphilitique coxo fémorale.

Elle est caractérisée par une réaction articulaire appréciable cliniquement et radiologiquement, contrastant avec syndrome algique très peu marqué ou

absent et une capacité fonctionnelle parfois surprenante.

Le malade consulte pour une claudication manifeste, à peine douloureuse ; on découvre une attitude vicieuse statique, de la contracture musculaire plus ou moins accentuée, un empâtement net de la racine de la cuisse cependant plus dur que celui de la coxalgie, des ganglions cruraux ou iliaques, petits, durs, indolores ; quelquefois un peu de douleur à la pression de la tête fémorale et surtout un allongement réel du membre inférieur (signe de valeur pour Mozer de Berck, traduisant le processus hyperostosant spécial à l'hérédos Σ) ; cet allongement peut atteindre quelques centimètres.

Cependant, on est surpris de ne découvrir que fort peu de limitation des mouvements alors même que l'enfant a été immobilisé plusieurs mois dans un appareil plâtré. La radiographie montre peu de lésions, l'os a conservé sa forme, seule la structure s'est modifiée par l'apparition de taches claires arrondies siégeant dans l'épiphyse et la région bulbaire, donnant un aspect spécial pommelé en peau de léopard (Lance-Charry). Le sourcil cotyloïdien est rarement touché. Il n'existe pas de pincement articulaire, pas de rupture du cintre cervico-obturateur. Les taches claires peuvent être considérées comme des petites formations gommeuses, interprétation qui se trouve vérifiée quand ces cas évoluent vers l'aspect clinique que nous décrivons maintenant :

LA PSEUDO-COXALGIE H Σ FISTULISÉE

Le malade se présente alors au médecin avec un empâtement indolore, une ou plusieurs fistules développées plus ou moins rapidement soit à la suite d'un début aigu (obs. II), soit d'une façon très insidieuse, sans syndrome douloureux, sans gêne fonctionnelle. A l'examen, la racine de la cuisse est tuméfiée et empâtée, les ganglions rétro-cruraux sont gros, mobiles, un peu douloureux ; une sorte d'abcès s'ouvre et donne naissance à de multiples fistules, à bords cuivrés, laissant s'écouler un liquide jaunâtre et visqueux. Les anciens auteurs donnaient à cet aspect le nom de pseudo-tumeur blanche syphilitique proprement dite.

Ces fistules, dont l'évolution est désespérante, amènent dans le membre des attitudes vicieuses à tendance ankylosante, de l'atrophie musculaire. Il n'est pas jusqu'à la radiographie qui, montrant une destruction plus ou moins étendue, analogue aux dégâts de la tuberculose, rende encore plus frappante la ressemblance avec une coxalgie fistulisée. Au contraire, le traitement spécifique, appliqué sans retard, amène dans ces cas de rapides résultats : fermeture des fistules, disparition de l'empâtement et de l'engorgement ganglionnaire, sauf toutefois s'il existe un sequestre, qui, non enlevé chirurgicalement, est susceptible de provoquer des accidents de nécrose ou de suppuration secondaire.

Nous avons signalé plus haut l'allure aiguë que

prend parfois l'H Σ de la hanche, capable de simuler suivant son intensité un pseudo-rhumatisme infectieux, une arthrite suppurée ou une coxalgie aiguë (obs. X et XI). Dans l'observation XI, on assiste à une réaction à la fois locale (tuméfaction et chaleur) et générale (température à 39°) mais sans état infectieux nettement caractérisé, qui tourne court au bout de quelques jours.

Dans l'observation X, une réaction locale énorme, hanche en gigot et 2 fistules éliminant un pus séreux chargé de fongosités, le tout développé en moins de 15 jours et faisant penser à une coxalgie aiguë rapidement destructive. Ces cas sont d'une extrême rareté ; ils sont à signaler pour montrer la tendance véritablement « pyogène » (Fatou) que manifeste parfois le tréponème.

Dans l'observation XI, la radio décèle des lésions osseuses superficielles ; on pourrait admettre ensuite une manifestation à point de départ synovial. Dans l'observation X, elle décèle des dégâts considérables de l'épiphyse : il s'agirait, au contraire, d'une manifestation à point de départ osseux. Nous pensons cependant que la radiographie ne permet pas de se rendre absolument compte de la gravité de la destruction. L'épiphyse peut, en raison de sa décalcification être masquée par des productions gommeuses et disparaître comme « dans un nuage ». Que ce nuage se dissipe sous l'action du traitement spécifique et l'on sera surpris d'une reconstitution rapide ; mais ce ne sera là qu'une fausse reconstitu-

tion : seul, le voile aura été enlevé. L'évolution de ces aspects radiologiques nous semble spéciale à la syphilis. La tuberculose ne procède pas ainsi. Elle détruit d'une façon plus franche, plus irrémédiable ; les dégâts apparaissent encore plus indélébiles lors de la période dite de reconstitution ; ils sont limités par un liseré noir de récalcification. Si parfois la syphilis semble réellement destructive, ce processus n'est pas solitaire ; il s'accompagne d'un autre à tendance hyperostosante (obs. VIII) pouvant même déborder un peu sur la diaphyse. A ce point de vue, un double contour d'ostéite condensante diaphyso-épiphysaire doit inciter à soupçonner la syphilis.

En résumé : Si l'H. Σ est capable de simuler la coxalgie à toutes ses périodes et à toutes ses formes, il faut cependant reconnaître que le clinicien averti est mis sur la voie du diagnostic par certaines discordances : indolence fonctionnelle contrastant avec un syndrome douloureux spontané ou avec une réaction articulaire manifeste à laquelle correspondent des lésions radiologiques minimales à siège souvent épiphysaire.

C. Osteo-chondro-arthropathies déformantes.

Abordons à présent, le 3^e groupe de faits cliniques représentés par les *ostéo chondro-arthropathies déformantes*, véritables dystrophies inflammatoires, installées à bas bruit ou à la suite de poussées suc-

cessives. Un syndrome radiologique les caractérise : la coexistence sur le même cliché d'un processus de destruction et d'un processus d'hyperostose, avec prédominance de l'un ou de l'autre, aboutissant à la formation d'ostéophytes et parfois à un véritable bouleversement articulaire.

Ces différents cas répondent à l'affection de la hanche appelée *morbus coxae juvenilis* ou *coxarthrie hérédosyphilitique* dont la forme destructive a été décrite d'abord par Méricamp, au niveau de l'articulation du coude, et aussi à la forme ostéochondrite déformante.

L'O. D. infantile et l'arthrite déformante présentent d'ailleurs pour certains auteurs des relations probables. Rottenstein a rapporté en effet l'observation d'une malade présentant d'un côté une *coxa plana* et de l'autre une arthrite déformante juvénile. Ces deux affections se distingueraient toutefois par une atteinte élective du cartilage de conjugaison et de l'épiphyse dans la première, du cartilage d'encroûtement et de la synoviale dans la 2^e, distinction fondée en grande partie sur des clichés radiologiques.

a). OSTÉOCHONDRITE HÉRÉDO SYPHILITIQUE

L'existence de l'ostéochondrite aiguë H. Σ a été prouvée chez le fœtus à partir du 4^e mois de la vie intra utérine et chez le jeune enfant jusqu'à l'âge de 2 ans. On sait qu'elle constitue la lésion principale

de la pseudo paralysie de Parrot (Péhu et Chaussard). On possède des documents anatomo pathologiques déjà anciens (Wagner, 1870) et d'autres plus récents avec la découverte par Bertarelli, 1906, du tréponème dans le cartilage, la moelle et le périoste des zones épiphysaires chez le fœtus et le mort-né. Ceci devait inciter les auteurs à rechercher l'hérédo syphilis chaque fois qu'ils se trouvaient en présence d'un cas d'ostéochondrite infantile. Ces recherches ont été infructueuses, dans la majorité des cas et l'hérédo syphilis est considérée actuellement par la plupart des auteurs comme n'ayant que fort peu de rapport avec l'ostéochondrite, si ce n'est d'une façon presque exceptionnelle.

Ingelrans résume dans sa thèse les conclusions de ces recherches dans les termes suivants : « Quant à l'origine syphilitique, le laboratoire, la clinique et la radio paraissent unies pour l'écarter ».

D'autres auteurs au contraire (Lance, Andrieu, Cappelle, en France ; Percy Willard Roberts et Halfdan, en Amérique ; la majorité des auteurs allemands à la suite de Heckman (1909), incriminent l'hérédo syphilis comme étiologie très fréquente de l'ostéochondrite déformante infantile.

Percy Willard Roberts (1919) soutient nettement l'origine hérédo Σ de l'O. D. I. en s'appuyant sur les arguments suivants :

« 1° L'analogie des lésions avec les lésions osseuses de la maladie de Parrot ; 2° l'évolution silencieuse de la maladie appelée en Amérique « quiet hip di-

sease », la guérison spontanée et la ressemblance clinique avec l'ostéochondrite syphilitis des poignets, genoux, coudes.

« 3° L'absence de la réaction de B.-W. ne signifie pas grand chose dans l'hérédosyphilis : elle peut manquer alors que les parents présentent des lésions nettes.

« 4° L'action vigoureuse du traitement : sur 8 obs. 7 B. W. +, 1 négatif, 2 fois syphilis des parents; dans tous les cas, guérison en 2 à 4 mois. »

Impressionné par ces faits, Lance pousse ses recherches dans le même sens et parvient à guérir rapidement 5 cas d'ostéochondrite hérédosyphilitique par le traitement. Nous rapportons la plus typique de ces 5 observations (obs. n° XIX).

Il conclut en affirmant qu'à la période aiguë de l'ostéochondrite déformante un traitement énergique est nécessaire, qu'il doit être prolongé pour éviter les déformations secondaires capables de rendre le malade impotent pour toute sa vie.

On a incriminé d'autres causes encore de l'ostéochondrite :

Le traumatisme (Egg), les troubles vasculaires (Perthes) des infections variées (Calvé), une subluxation congénitale de la hanche (Calot), la tuberculose, peut-être, etc. ; celle-ci d'ailleurs est capable de venir compliquer l'ostéochondrite provenant d'une autre cause.

Sans entrer dans les discussions pathogéniques soulevées depuis quelques années au sujet de la

coxa plana, nous pensons qu'elle doit être considérée comme un syndrome clinique et surtout radiologique relevant de causes variées, particulièrement d'infections chroniques à action dystrophian-te, dont l'hérédo-syphilis constitue une cause importante. Et lorsqu'on découvre l'hérédo syphilis chez un enfant atteint d'ostéochondrite, nous pensons qu'on ne doit pas hésiter à voir une relation de cause à effet entre l'O. Ch. et l'H. S., que ce soit une cause directe ou indirecte (atteinte des glandes endocrines, troubles vasculaires, etc.).

L'étude clinique de la coxa plana ne présente aucune particularité suffisante pour permettre d'éliminer la syphilis comme cause possible. Voici comment en pratique se présente le tableau clinique : Un enfant de 4 à 9 ans est amené à la consultation pour de la boiterie, une douleur légère qui s'accroît ou ne se révèle même qu'à l'occasion d'une marche. Elle cède rapidement au repos. Les parents attribuent ces phénomènes à un traumatisme plus ou moins ancien ou bien c'est le médecin traitant qui incrimine une maladie infectieuse quelconque. Dans d'autres cas et non moins fréquents, c'est d'une façon insidieuse que sont apparus ces signes fonctionnels.

A l'examen on décèle de la claudication, rarement de la douleur provoquée, de la limitation des mouvements surtout pour l'abduction, une atrophie musculaire plus ou moins considérable mais à peu près constante, mettant mieux en évidence

l'hypertrophie épiphysaire. Le plus souvent on pense à une coxalgie ; seul, le cliché radiologique fixe le diagnostic. Au point de vue évolutif, notons l'existence de poussées successives avec des intervalles d'amélioration sous l'effet du repos. Cette particularité impose au clinicien la réserve de son pronostic éloigné.

Certains cas laissent espérer une amélioration rapide par le simple repos au lit ; d'autres au contraire se montrent plus rebelles au traitement ; enfin il est prouvé aujourd'hui que les cas bénins sont susceptibles tout comme les autres d'évoluer plus tard vers une arthrite chronique déformante avec ankylose. Lance, Andrieu et Cappelle ont rapporté à ce sujet 5 observations probantes de malades atteints d'ostéochondrite qui aboutit après 10 ou 15 ans à une ankylose totale. Nové-Josserand rapporte également le cas d'un homme de 40 ans, soigné dans son enfance pour une affection de la hanche diagnostiquée coxalgie. La guérison survint en quelques mois, permettant la pratique des sports, mais progressivement s'installèrent des douleurs, des craquements, du raccourcissement rendant la marche très pénible. La radiographie montrait les caractères des déformations de l'ostéochondrite et de l'arthrite déformante.

L'évolution radiologique de l'ostéochondrite est en général cyclique (Broca, Nové-Josserand). Dans un premier stade on note l'aplatissement de l'épiphyse coiffant le col comme « un béret enfoncé

jusqu'aux oreilles » ; dans un 2° stade, la raréfaction en îlots et la fragmentation de la calotte épiphysaire ; au 3° stade correspond la période de réparation. Cette description nous paraît un peu schématique ; en réalité, aux trois périodes on trouve le mélange d'un double processus de raréfaction et d'hyperostose. Mais, il est diversement dosé suivant les périodes. Aux 2 premières, la raréfaction prédomine ; à la 3° dite de réparation, c'est l'hyperostose qui l'emporte, commençant au niveau de la partie bulbaire du col pour gagner la surface articulaire. Il ne peut donc s'agir, bien entendu, de réparation *ad integrum* : l'épiphyse demeure considérablement épaissie, le col apparaît comme soufflé. Tel est l'aspect radiologique de l'ostéochondrite de la hanche. Aucune raison ne permet d'éliminer la syphilis quand cet aspect se trouve réalisé, mais il y a tout lieu d'y penser quand les phénomènes de raréfaction et surtout d'hyperproduction osseuse atteignent une intensité remarquable comme dans l'observation n° XVIII. Dans ce cas, l'hypertrophie épiphysaire considérable, perceptible sous forme d'un épaississement dur et indolore de la racine de la cuisse débordant en haut au-dessus de l'arcade crurale, la présence de ganglions, petits, durs et insensibles, constituent pour nous des arguments en faveur de l'hérédosyphilis.

Nous pensons donc que l'étiologie syphilitique doit être admise comme une des causes de la

coxa plana. La clinique et la radiologie loin de suffire à l'éliminer, permettent parfois une présomption. Un traitement d'épreuve précoce est susceptible de donner un résultat rapide (obs. XIX).

Terminons l'étude clinique et radiologique des arthropathies H. Σ , par celle de la coxarthrie ou ostéoarthrite déformante juvénile, forme que Méricamp a décrite le premier au niveau de l'articulation du coude. Si parfois elle se développe à bas bruit, sans qu'on puisse relever dans les antécédents, ni boiterie, ni douleurs dans la hanche, il n'est pas rare au contraire de découvrir la trace de poussées articulaires antérieures (obs. XXI, XXII, XXIV). Nous pensons même que la coxarthrie H. Σ peut être considérée comme l'aboutissement des formes précédemment décrites et en particulier de l'ostéochondrite déformante, en l'absence du traitement spécifique.

Le malade consulte pour une limitation fonctionnelle de l'articulation coxo fémorale et pour des craquements articulaires, surtout perçus à l'occasion de mouvements un peu étendus. Parfois, il se présente comme s'il était atteint d'une véritable ankylose : mais il s'agit davantage d'un blocage dû aux déformations des surfaces articulaires, que d'une ankylose véritable par soudure de ces surfaces. Il n'y a d'ailleurs pas de relation étroite entre l'intensité des dégâts et la capacité fonctionnelle de l'articulation. Un pouvoir fonctionnel relatif pouvant correspondre à un bouleversement total de

l'articulation (obs. XXII). L'indolence et l'absence de contractures musculaires en dehors des poussées expliquent également la tolérance remarquable de ces arthropathies déformantes.

L'examen clinique permet de déceler assez souvent une scoliose statique avec position hanchée. Le membre atteint est en général raccourci (8 cm. dans obs. XXIII). Le trochanter est saillant, en ascension, le membre en adduction et rotation externe ; la fesse et la cuisse atrophiées, si bien que le tableau clinique a pu, dans l'observation XXI, en imposer au premier abord pour une luxation congénitale. Il n'existe que fort peu de douleur à la palpation, aucune adénite crurale ou iliaque.

Les mouvements sont limités dans des proportions variables, mais surtout l'abduction et la rotation. La mobilisation passive, d'ailleurs indolore se fait par saccades et permet d'entendre de gros craquements à timbre rude, rappelant la crépitation dite « en sac de noix ».

La radiographie montre une tête fémorale très irrégulière, parfois véritablement dentelée, avec présence d'ostéophytes de grosseur variable qui envahissent plus ou moins l'interligne articulaire. Le cotyle est, lui aussi, assez souvent intéressé et présente des lésions analogues. L'opacité osseuse est irrégulière et présente des pommelures. Là encore, on conclut à l'association d'ostéite raréfiante et proliférante. Parfois, l'aspect est différent, la lésion localisée au col fémoral provoque un affaissement

du col qui s'enroule en un coxa vara accentué (obs. n° XXIII). Les malades, atteints d'arthropathie déformante H. Σ , présentent de loin en loin des poussées douloureuses avec mouvements plus limités et contracture musculaire immobilisant le malade au lit pendant leur durée.

Nous retiendrons donc de l'étude de ces arthropathies déformantes H. Σ qui, pour Pasteur Valéry-Radot, constituent la majorité des cas de rhumatisme chronique déformant juvénile les faits suivants :

1°) Au point de vue clinique : une indolence fonctionnelle fréquente, une liberté articulaire toujours limitée ;

2°) Au point de vue radiologique : des déformations grossières des surfaces frottantes ou des ostéophytes ;

3°) Au point de vue évolutif : des poussées successives.

Diagnostic

Le polymorphisme des arthropathies hérédo-syphilitiques mis en relief dans notre description clinique fait concevoir la difficulté du diagnostic qui, en pratique, se pose avec la coxalgie, en raison de l'analogie des lésions microscopiques tuberculeuses et syphilitiques, reflétées par la symptomatologie. Nous passerons sous silence le syndrome classique de la coxalgie connu de tous qui, dans les cas ordinaires, ne permet pas le moindre doute. Mais nous ferons remarquer que ce qui accroît la difficulté du diagnostic, c'est l'existence de formes atypiques de la coxalgie, soit de coxalgies véritables extrêmement bénignes, avec syndrome clinique estompé, soit de coxalgies greffées secondairement sur une lésion primitive de la hanche : en particulier sur une arthropathie hérédo-syphilitique.

D'ailleurs, sans considérer des cas aussi complexes, il faut bien avouer qu'entre la forme arthralgique et une coxalgie au début, les différences ne sont pas considérables. Cependant, il est peut-être plus facile de distinguer une pseudo-tumeur blanche H. Σ non fistulisée et une coxalgie à la pé-

riode d'état, en raison des déductions que l'on peut tirer d'un cliché radiologique : taches claires arrondies dans une épiphyse à contour régulier, interligne articulaire intact, syndrome radiologique insuffisant pour admettre une coxalgie qui, à la suite d'une évolution de plusieurs mois, s'accompagne en général de destruction des surfaces articulaires avec disparition de l'interligne. S'il s'agit d'une ostéo-arthrite gommeuse fistulisée, l'erreur de diagnostic avec une coxalgie fistulisée sera difficilement évitée, à moins que l'aspect spécial des fistules syphilitiques ou l'indolence relative d'une telle lésion articulaire ne mettent le clinicien sur la bonne voie. D'une manière générale, le soupçon de l'étiologie syphilitique devra naître, chaque fois que l'on constatera dans la symptomatologie ou dans l'évolution une discordance frappante, qui ne cadre pas avec le diagnostic de coxalgie. Pour étayer cette présomption, le clinicien dispose de deux moyens : l'enquête familiale ; la recherche des stigmates de spécificité.

Les antécédents familiaux seront minutieusement recherchés et l'enquête poussée non seulement auprès des géniteurs directs, mais aussi auprès des grands-parents. Cette enquête, à elle seule, en l'absence de tout signe clinique ou sérologique, a permis à Ménard et à Mozer d'attribuer une fois sur huit environ à l'hérédosyphilis des manifestations articulaires considérées comme tuberculeuses.

La recherche des stigmates chez le malade lui-

même présente un intérêt peut-être supérieur encore. Certains imposent le diagnostic, tels : la triade d'Hutchinson et son quatrième symptôme : l'hyarthrose bilatérale des genoux ; les déformations osseuses : nez en lorgnette, tibia incurvé et épaissi, etc. Signalons à ce propos l'utilité de la radiographie des os longs du squelette, qui permet parfois de mettre en évidence un fuseau périoste diaphysaire (obs. n° XXII).

On n'omettra jamais la recherche des ganglions sus-épitrochléens durs, mobiles, indolores, qui, en l'absence d'une cuti-réaction à la tuberculine positive, constituent un stigmate précieux (obs. I et obs. XVIII).

Cependant, on ne sera pas en droit de nier l'hérédosyphilis si ces recherches sont vaines. Nombre d'hérédosyphilitiques présentant toutes les apparences d'une santé parfaite, avec une absence totale de stigmates, sont susceptibles d'être atteints tardivement d'accidents évolutifs qui ne laissent aucun doute sur leur étiologie.

Aussi, puisque la clinique est assez souvent impuissante à elle seule, surtout pour établir un diagnostic précoce, force est donc de recourir aux examens de laboratoire. Les réactions de B. W., de Hecht, de Desmoulières, malgré les nombreuses critiques qu'elles ont suscitées, n'en gardent pas moins une valeur considérable, quand elles ont été faites par un laboratoire sérieux et se sont révélées positives à deux ou plusieurs reprises. Elles permet-

lent, en accord avec une présomption clinique, d'établir fermement le diagnostic.

La réaction de fixation effectuée avec l'antigène à l'œuf de Beseredka ou avec l'antigène tuberculeux méthylique de Nègre et Boquet n'a qu'une valeur de présomption lorsqu'elle est positive ; négative, elle a un intérêt plus grand, comparable à celui de la cuti-réaction à la tuberculine et permet d'éliminer l'hypothèse de tuberculose.

Il est habituel d'affirmer que la cuti-réaction à la tuberculine n'a plus de valeur diagnostique au-delà de 2 ou 3 ans. Cette affirmation nous semble trop absolue. D'une part, il n'est pas rare de la trouver négative chez de grands enfants de 14 ou 15 ans, surtout ayant vécu à la campagne. D'autre part, la cuti-réaction, même positive, mérite d'être interprétée, et à ce sujet nous partageons l'avis de Mozer de Berck qui l'a plus spécialement étudiée dans les tuberculoses locales. On rencontre en effet les cuti-réactions les plus allergiques chez les enfants atteints de tuberculose ganglionnaire ou articulaire. Elles sont remarquables par leurs grandes dimensions, de diamètre supérieur à 1 cm., leur aspect bicolore, en cocarde, avec un centre vésiculeux ou rouge lilas un peu escarhotique. On a prétendu que la syphilis pouvait faire disparaître la cuti-réaction. Nous ne nions pas cette possibilité au cas de syphilis acquise, surtout en période secondaire. Mais nous croyons qu'elle est l'exception en cas d'hérédosyphilis. Nous avons observé un cas des

plus démonstratifs à ce sujet : Un jeune garçon de ferme de 14 ans, atteint de volumineuses gomme ulcérées du cou, présente un Wassermann fortement positif. La cuti-réaction est négative à plusieurs reprises. Un traitement spécifique fait disparaître en quelques mois le Wassermann et les gomme, tandis que la cuti-réaction demeure négative. L'anergie qu'on aurait pu accuser n'avait donc jamais existé. Nous avons, en outre, eu l'occasion de la contre-épreuve en constatant une cuti-réaction positive chez 3 enfants hérédosyphilitiques porteurs de manifestations multiples en activité : 2 atteints de kératite interstitielle avec ostéite tibiale, le troisième avec polysérite. La négativité de la cuti-réaction vérifiée plusieurs fois et en dehors de toute cause véritablement anergisante, a donc une valeur de premier ordre pour infirmer l'étiologie tuberculeuse d'une arthropathie de la hanche.

Cependant, malgré l'appoint important apporté au diagnostic par ces différentes recherches, bien des cas demeurent obscurs, interdisant au clinicien de se prononcer pour l'étiologie tuberculeuse ou syphilitique de certaines arthropathies.

Il est alors indispensable de recourir au traitement d'épreuve. Il sera comme toujours énergique et le plus court possible, bien qu'il soit nécessaire de le prolonger si l'allure des lésions en cause paraît devoir être plus lente à modifier.

Pendant toute la durée de ce traitement, on imposera le repos au lit avec une extension, s'il existe

une réaction articulaire manifeste avec une ébauche d'attitude vicieuse. On se gardera surtout d'appliquer de suite un plâtre, nuisible pour l'appréciation du résultat. L'épreuve du repos au lit pendant 8 à 10 jours est loin d'être toujours suffisante pour distinguer une coxalgie au début d'une pseudo-coxalgie hérédosyphilitique ; pratiquée dans l'observation I, elle n'infirmait pas la coxalgie.

Un moyen sûr d'éliminer l'étiologie tuberculeuse possible serait l'inoculation au cobaye du liquide de ponction articulaire, mais ce procédé ne peut être d'un emploi courant en raison de la difficulté de la ponction au niveau de l'articulation coxo-fémorale.

Traitement

Le traitement à préconiser paraît tout indiqué, puisqu'il s'agit de manifestations syphilitiques. N'avons-nous pas à notre disposition la gamme de jour en jour plus riche des médicaments spécifiques ? On y aura recours aussi largement que possible, en se conformant aux règles générales : traitement précoce, énergique, prolongé. On s'adressera tout d'abord aux arsenicaux (Novar, sulfarsénol, acetylarsan, etc.), de préférence aux autres groupes de médicaments mercuriels et bismuthiques ; l'action débilitante du mercure sur l'organisme est, en effet, susceptible de donner un coup de fouet à une tuberculose éventuelle dans les cas douteux ; le bismuth a été accusé de provoquer parfois des réactions focales articulaires ; mais surtout, l'action vigoureuse des arséno-benzols indique de les considérer comme la médication type des traitements d'épreuve et d'attaque. Le bismuth, le mercure et l'iodure seront ensuite administrés par cures alternantes, selon les réactions spéciales à chaque malade.

Quels résultats en attendre ? Excellents dans la

majorité des cas, mais variables cependant suivant les formes et la précocité avec laquelle elles auront été traitées. La forme arthralgique est celle qui bénéficie à coup sûr au maximum du traitement spécifique. Il est permis de prévoir une guérison fonctionnelle en quelques semaines (obs. I) ou en quelques mois (obs. III, obs. V). On sait en effet qu'elles se caractérisent par l'absence de lésions radiologiques. C'est, pourrait-on dire, la forme médicale pure des arthropathies hérédo-syphilitiques. Une courte immobilisation au lit suffit à calmer les douleurs. Un traitement spécifique, même peu intensif, peut les améliorer rapidement. Il y a longtemps en effet que Fournier a signalé les brillants résultats de l'iodure dans les douleurs de croissance des hérédo-syphilitiques. Cependant, ces formes sont justiciables d'un traitement prolongé deux ans au moins, qui seul est capable d'éviter les récidives et les déformations ultérieures.

La pseudo tumeur blanche hérédo syphilitique met au contraire le médecin dans l'obligation de compléter le traitement spécifique par un appareillage orthopédique. Suivant l'intensité des réactions locales, on imposera le repos au lit avec une extension continue ou un plâtre. La première méthode suffit aux cas avec lésions radiologiques minimales; les épiphyses parsemées de taches claires arrondies sans altération du contour ou de l'interligne articulaire, par exemple. Elle sera appliquée également aux formes fistulisées pendant la période ini-

tiale du traitement syphilitique. Elle aidera à la résolution plus rapide de l'empâtement et des attitudes vicieuses.

La deuxième méthode trouve son indication chaque fois que l'on est en droit de craindre des déformations secondaires ou une ankylose en mauvaise position, en particulier dans les cas où le traitement spécifique a été institué trop tardivement. Les formes fistulisées avec dégâts articulaires exigeront souvent l'appareillage dans un plâtre pendant une période plus ou moins longue suivant la rapidité de constitution et de recalcification mise en évidence par des clichés en série. En fin de traitement, pour ne pas brusquer l'articulation encore fragile, il y aura toujours intérêt à laisser marcher le malade avec un petit plâtre descendant seulement jusqu'à la pointe de la rotule. Sous l'influence de l'association des traitements spécifiques et orthopédiques on constatera souvent un résultat définitif excellent tant au point de vue fonctionnel qu'anatomique, parfois d'une rapidité surprenante.

L'observation n° XXII du Docteur Andrieu prouve que les arthropathies déformantes bénéficient également du traitement spécifique. Il permet d'espérer une amélioration fonctionnelle, une sédation des douleurs, un arrêt de l'évolution ; mais il serait chimérique d'escompter une rétrocession complète des lésions articulaires, véritable tissu cicatriciel, ou relevant peut-être indirectement de la syphilis. Quant au traitement orthopédique il est difficile

d'établir à priori des règles fixes. Nous pensons qu'il est préférable de discuter ses indications en présence de chaque cas particulier, en tenant compte davantage des réactions douloureuses et de la capacité fonctionnelle que des dégâts articulaires visibles sur la radiographie. C'est ainsi qu'il y aura intérêt à plâtrer les articulations, qui se bloquent par moments, rendant les mouvements pénibles, maladroits et douloureux. D'autres fois, l'appareillage ne sera pas utile, même avec un véritable bouleversement articulaire (obs. XXII), si le malade n'a qu'une limitation relative des mouvements avec un syndrome douloureux atténué. Le traitement spécifique sera continué fort longtemps pour éviter le retour de poussées articulaires nouvelles.

La cure héliomarine sera un utile adjuvant, grâce à son effet stimulant remarquable sur l'organisme.

Enfin, le rôle joué par les glandes endocrines dans la pathologie de la syphilis en général et leur action bien connue sur la trophicité osseuse indique, dans tous les cas et dans les arthrites chroniques déformantes en particulier, une opothérapie associant les divers extraits glandulaires.

Conclusions

I. L'existence des arthropathies hérédo-syphilitiques de la hanche est indéniable. La confusion fréquente avec la coxalgie dans la plupart des cas rapportés dans ce travail, permet de concevoir que la rareté attribuée par la littérature médicale est toute relative.

II. Malgré leur polymorphisme clinique et surtout radiologique, nous avons pu les grouper en trois formes principales :

a) Arthralgique.

b) Pseudo tumeur blanche coxo-fémorale.

c) L'ostéochondro arthropathie déformante, forme dans laquelle nous distinguons l'une des étiologies du syndrome de la coxa-plana ; l'ostéochondrite déformante infantile hérédo syphilitique.

III. Ces différentes formes ont un caractère commun : l'évolution par poussées successives, pouvant aboutir en l'absence du traitement à la forme ultime : la coxarthrie hérédo-syphilitique.

IV. Le diagnostic clinique est souvent difficile, même après une enquête familiale approfondie et

une recherche minutieuse des stigmates d'hérédosyphilis. Cette difficulté fait conclure à la nécessité de penser à l'hérédosyphilis en présence de toute manifestation pathologique de la hanche à allure de coxalgie au début ou à forme atypique. Même en présence d'un cas de coxalgie, paraissant indubitable, on fera bien d'exiger la réponse du laboratoire et de pratiquer une cuti-réaction à la tuberculine avant d'affirmer le diagnostic et de formuler le pronostic et le traitement.

V. L'efficacité du traitement dans la plupart des formes est d'autant plus réelle, qu'il aura été plus précocement instauré. Il est nécessaire de recourir à l'appareillage plâtré dans les formes tardivement traitées ou trop destructives.

Vu, le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu, le Président,

OMBREDANNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

1. ACHARD. — Journal des Praticiens, 28 nov. 1928.
2. ALBOUY. — Thèse de Toulouse, 1923.
3. BÉNAZET. — Th. de Paris, 1911.
4. BLUM et FATOU. — Gazette des Hôpitaux, décembre 1925.
5. BRUNAUER UND HESS. — Med. Klin., n^{os} 42 et 43, 1924.
6. CHARRY. — Th. de Toulouse, 1925.
7. DEFONTAINE. — Th. de Paris, 1883.
8. DREYFUS et P. BOURGEOIS. — Gaz. Hôpitaux, avril 1925.
9. EON. — Th. Paris, 1920.
10. FATOU. — *Bull. Médical*, juin 1924.
11. FOUQUET. — Traité de la syphilis articulaire, 1905.
12. GASTON. — Paris-Médical, 3 mars 1923.
13. GILBERT, BENARD et FATOU. — Bull. de la Société des Méd.
des Hôpitaux, 1923.
14. INGELRANS. — Th. de Lille, 1926.
15. KIRMISSON et JACOBSON. — Revue d'Orthopédie, 1897.
16. LANCE. — Bull. Société de Pédiatrie de Paris, avril 1922.
17. LANCE-ANDRIEU-CAPPELLE. — Journal de Chirurgie, 1921.
18. LOUSTE. — Journal de Médecine et de Chirurgie pratique,
juillet 1924.
19. LUDWIG PICK. — Klin. Work., juillet 1928, n^o 31.
20. MAYET. — Bull. Société de Pédiatrie de Paris, 1923, n^o
10.
21. MENARD et MOZER. — Journal des médecins de Paris, juin
1923.

22. MÉRICAMP. — Th. de Paris, 1882.
 23. MERINE et BILLOUET. — Bull. Société d'Anatomie, 1921.
 24. MERLIER. — Th. Paris, 1918.
 25. MOZER. — Th. de Paris, 1917.
 26. NOVE-JOSSERAND. — Société de Chirurgie de Lyon, avril 1924.
 27. PAILLARD. — Journal Médical Français, 1922.
 28. PEHU et CHASSARD. — J. Médical Français, nov. 1927.
 29. PILLON. — Th. de Lyon, 1914.
 30. ROEDERER. — Bulletin et Mémoires de la Société de Méd. de Paris, déc. 1928.
 31. ROGER et LAPLACE. — Marseille Médical, 1921.
 32. ROTTENSTEIN. — Marseille-Médical, août 1924.
 33. SORREL. — Revue d'orthopédie, 1922.
 34. SOURDAT. — Th. de Paris, 1909.
 35. TOWSEND. — Société de Chirurgie et d'Orthopédie, New-York, 1903.
 36. WEISSENBACH, GILBERT et DREYFUS. — Gaz. Hôpit., sept. 1925.
-

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
